

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Par les Prosecteurs
de la Faculté de Paris

Robert PROUST ■ ■ ■ ■ ■

■ ■ ■ ■ Chirurgie de l'
Appareil génital ■ ■ ■
■ ■ ■ ■ ■ de la femme

MASSON et C^{ie}, ÉDITEURS
PARIS

1918



MASSON ET C^{ie}
EDITEURS

7^f.50 net

Majoration comprise

ris-vie

n 1917)

BOSTON MEDICAL LIBRARY

PURCHASED FROM THE INCOME OF THE

SAMUEL WHEELER WYMAN

MEMORIAL FUND

Le *Précis de Technique opératoire* est divisé en
7 volumes.

Tête et cou, par CH. LENORMANT (4^e édition).

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ (4^e édition).

Abdomen, par M. GUIBÉ (4^e édition).

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par
PIERRE DUVAL (4^e édition).

Membre inférieur, par GEORGES LABEY (4^e édition).

Appareil génital de la femme, par ROBERT PROUST (4^e édition).

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par VICTOR
VEAU (5^e édition).

Chaque volume, cartonné toile et très abondamment illustré de
figures la plupart originales, est vendu. 5 fr. »

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIE

DE

L'APPAREIL GÉNITAL
DE LA FEMME

PAR

c
R. PROUST

QUATRIÈME ÉDITION

avec 288 figures dans le texte

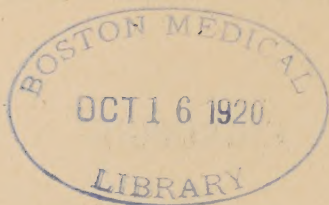
PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1913



24 A 421.

18338 42

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation
réservés pour tous pays*

INTRODUCTION

Par le D^r Paul BERGER,

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris.

« Quiconque écrit sur la médecine opératoire, a dit M. Farabeuf dans la préface de sa première édition des *Ligatures*, trouve deux rôles à remplir; dans le chirurgien, en effet, il y a deux hommes : le clinicien, qui juge des indications, de l'opportunité de l'opération, etc., et l'opérateur qui l'exécute. »

Restant dans les anciennes traditions de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, c'est aux opérateurs qu'est destiné ce livre. Comme le *Précis de Manuel opératoire*, de M. Farabeuf, le *Précis de Technique opératoire* est né dans cette école; il est le produit et en quelque sorte l'expression de son enseignement.

Celui-ci s'est transformé ou plutôt il s'est complété dans ces dernières années. A l'étude classique des ligatures, des amputations, des résections, est venue se joindre la démonstration de toutes les opérations réglées qui se pratiquent sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen et sur les organes qui y sont contenus. Cet enseignement, confié comme le premier aux prosecteurs de la Faculté et réparti entre eux, vise le même but : c'est la précision anatomique introduite dans la technique opératoire. A ce point de vue, aucun exercice n'est supérieur à la pratique des ligatures artérielles et de certaines amputations; non seule-

ment celle-ci donne aux commençants et développe même chez les maîtres l'habitude du couteau sans laquelle il n'est pas de chirurgien, mais elle astreint ceux qui les exécutent à la discipline sévère de la recherche du point de repère. C'est ce double caractère qui a fait de l'École pratique une incomparable pépinière d'opérateurs; mais on a depuis longtemps reproché à cet enseignement trop limité de méconnaître les besoins actuels des élèves, et, par conséquent, de la majorité des médecins.

Ceux-ci, parmi les opérations sans nombre qu'ont fait apparaître les progrès de la chirurgie moderne, lorsqu'ils sont mis en présence d'un cas où peut être requise une de ces opérations nouvelles, veulent qu'on leur désigne un procédé, un seul, le meilleur, le plus sûr et qu'on leur jalonne en quelque sorte la route de point en point jusqu'à l'exécution complète du plan que ce procédé comporte; ce plan ils veulent pouvoir le tracer et le réaliser sur le cadavre, pour le retrouver, quelque modifié qu'il puisse être par les conditions pathologiques, sur le vivant.

C'est à ce besoin qu'a répondu le nouvel enseignement, inauguré il y a quelques années à l'École pratique et qui reconnaît à la chirurgie tout entière la même base anatomique, la détermination de la ligne et la recherche du point de repère; ce cours de technique chirurgicale et de manuel opératoire appliqués à toutes les opérations nouvelles, est en quelque sorte reproduit dans ce *Précis de Technique opératoire* que les prosecteurs de la Faculté de médecine livrent au public.

Ils n'ont eu pour objet ni les indications des opérations qu'ils décrivent, ni la comparaison des méthodes et des procédés au point de vue du but thérapeutique à remplir, ni les résultats et les discussions que ceux-ci soulèvent.

L'indication est établie; on a fait choix de la méthode, du procédé, en un mot de l'opération à faire; quel que soit le résultat qu'en on puisse retirer, ce sont les règles de son exécution qu'il faut établir et qu'il faut démontrer.

Tel était déjà le plan qu'avait suivi M. Farabeuf, dans son *Précis de Manuel opératoire*, pour les ligatures d'artères, les amputations, les résections; tel est celui que, pour toutes les autres opérations réglées, se sont proposé les Prosecteurs de la Faculté, poursuivant l'œuvre de leur prédécesseur, sans toucher au champ que celui-ci avait déjà parcouru et sans revenir sur les sujets qu'il a en quelque sorte épuisés dans son ouvrage.

Le *Précis de Technique opératoire* forme avec celui-ci un tout complet qu'on pourrait intituler le Guide de l'élève et du praticien dans l'exécution des opérations chirurgicales.

Il est, en effet, destiné aux élèves, non point à ceux qui n'ont en vue que le succès d'un examen ou d'une épreuve de concours, mais à ceux qui veulent par l'étude des opérations sur le cadavre se rompre aux difficultés dont ils devront triompher lorsqu'ils auront à les appliquer sur le malade et le blessé. Certains opérateurs, étourdis par la sécurité que l'ischémie pré-opératoire, l'emploi des pinces hémostatiques, les progrès de l'instrumentation et surtout les garanties réalisées par l'asepsie donnaient aux opérations, ont pu croire et dire que point n'était besoin de savoir l'anatomie pour être un chirurgien; c'est le principe contraire sur lequel est fondée toute la chirurgie moderne; pour opérer avec sûreté, il faut avoir cette correction que seule peut donner la fréquentation des amphithéâtres de médecine opératoire; une opération ne marche jamais mieux que lorsqu'on a pu en étudier et en répéter le temps successifs sur le sujet.

Le *Précis de Technique opératoire* est donc avant tout un manuel qui permet, sur le cadavre, de se préparer aux opérations que l'on doit exécuter sur le vivant. Il ne sera pas moins utile à ceux — et c'est le plus grand nombre — qui n'ont point à leur disposition un amphithéâtre où ils puissent repasser les règles de l'acte chirurgical qu'ils auront prochainement à accomplir, aux praticiens qui sont dans l'obligation de pratiquer à bref délai une opération qu'ils n'ont jamais ou qu'ils n'ont que rarement eu l'occasion de faire ou de voir faire par leurs maîtres.

Ils y trouveront le manuel détaillé des opérations courantes que tout médecin, livré à ses seules ressources, peut être appelé à exécuter s'il ne veut laisser périliter son malade : la trépanation de la mastoïde, l'opération de l'appendicite aiguë, les sutures intestinales, par exemple; ils y trouveront aussi les directions qui leur permettront l'abord des interventions plus compliquées et d'un ordre plus élevé, quand ils s'y trouveront encouragés par leurs aptitudes chirurgicales.

Pour ôter au lecteur toute incertitude et pour lui éviter d'avoir à se prononcer entre des procédés qu'il ne serait pas toujours à même de juger, il importait de faire pour lui ce choix, et parmi ces procédés de ne lui en présenter qu'un seul pour une opération déterminée; c'est ce qu'ont fait les auteurs. Ils ont, à dessein, passé sous silence tout ce qui n'est pas pour eux ce procédé de choix, négligeant toutes les variantes, passant sous silence parmi les modalités opératoires celles qui n'ont qu'un intérêt historique, forcés souvent de ne pas mentionner certaines pratiques utiles à connaître et parfois même bonnes à suivre; pour réaliser l'unité, la simplicité dans l'action comme dans l'exposition, ils ont tenu, pour chaque but à remplir,

à ne proposer à l'opérateur qu'un plan et à lui en tracer les lignes sans lui permettre d'en dévier.

Nous avons dit que dans toute opération ce plan, cette ligne de conduite étaient basés sur la connaissance exacte de l'anatomie de la région sur laquelle on opère.

Un résumé clair et précis de ces notions était donc nécessaire pour servir d'introduction à la description d'un grand nombre de ces procédés. Cette introduction éclaire et abrège tout à la fois l'exposé de la technique opératoire, en rappelant les dispositions qui peuvent servir de point de repère dans la recherche d'un organe, celles qui, dans l'opération, peuvent créer des difficultés et des dangers, et qu'on n'a plus qu'à signaler d'un mot au cours de la description de l'acte opératoire lui-même.

Est-il besoin de dire que la lecture d'un procédé opératoire ne se fixe jamais dans l'esprit comme le fait son exécution, soit sur le cadavre, soit bien mieux encore sur le vivant. Mais, à défaut de ce moyen d'étude, des figures simples et claires, précises autant que sobres de détails, représentant chacun des principaux actes, chacun des temps successifs de l'opération, permettent d'en suivre la description et de s'acheminer de station en station vers son achèvement, comme on le ferait l'instrument à la main. Cette représentation par l'image est non seulement le complément obligé, mais l'une des parties les plus essentielles de l'enseignement par le livre.

Il est pour celui-ci ce qu'est la démonstration de l'opération à l'amphithéâtre dans l'enseignement pratique de la médecine opératoire. C'est dire le soin avec lequel les auteurs ont tenu à ce que chacune de leurs descriptions fût accompagnée de figures nouvelles, exécutées sur leurs préparations, d'après leurs indications ; il y avait à cet

égard un double écueil à éviter : trop exactement reproduite, ainsi qu'elle résulte souvent de la photographie, la représentation d'un temps opératoire est parfois obscure, surchargée de détails confus, et difficile à interpréter ; schématique, elle cesse souvent d'être vraie et de donner une notion exacte de ce que l'on aura à constater au cours de l'opération : il y a donc un terme moyen à trouver, et les très nombreuses figures qui illustrent le texte semblent le réaliser d'une manière à peu près irréprochable.

Me sera-t-il permis de dire ce que je pense de la rédaction de cet ouvrage? Ainsi que je le rappelais tout à l'heure, le prosectorat à la Faculté de Médecine est l'École à laquelle se sont formés presque tous nos chirurgiens ; forcés d'apprendre pour enseigner aux autres, les prosecteurs gagnent à cet exercice incessant et simultané de la parole et de la main, à l'élaboration intellectuelle qui l'accompagne, une précision, une sûreté impeccables dans l'exécution des opérations, une méthode et une clarté que peu d'autres acquièrent dans l'exposition des procédés qu'ils démontrent aux élèves. Internes ou anciens internes des hôpitaux, ils ont, en voyant opérer leurs maîtres, très souvent en opérant eux-mêmes, complété ce que l'exécution exclusive des opérations sur le cadavre laisse d'imparfait dans l'éducation chirurgicale. Forcés d'ailleurs de fournir dans un temps limité un enseignement complet des matières qu'ils ont à traiter à l'École, ils étaient particulièrement doués pour entreprendre la tâche qu'ils se sont imposée, et pour la mener vite à bien. Présentée de la sorte au lecteur, leur œuvre représente bien ce qu'elle doit être : l'exposé de la technique chirurgicale au moment précis où nous sommes.

Janvier 1904.

PRÉFACE DES AUTEURS

Ce *Précis de Technique opératoire* est la publication simple des cours de médecine opératoire, que la Faculté nous confie pendant le semestre d'été. La haute direction de cet enseignement appartient à M. le Professeur P. BERGER, qui nous fait l'honneur d'inscrire son nom en tête de cet ouvrage; nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Ces cours, qui comprennent toute la chirurgie opératoire des viscères et des membres, ont été créés par M. le Professeur TERRIER. M. H. HARTMANN, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, s'est dévoué à l'organisation de cet enseignement spécial à notre École pratique; il l'a fait sien. C'est à lui qu'il faut attribuer le succès croissant que ces cours remportent auprès des docteurs français et étrangers à qui ils sont réservés.

Ce succès, comme aussi l'absence d'un précis de technique opératoire, nous engage à publier nos cours tels que nous les professons.

C'est œuvre solidaire de tous les prosecteurs de la Faculté : chacun de nous traite dans cet ouvrage la partie qu'il enseigne.

Ces livres ne peuvent donc être que de la technique opé-

ratoire. Il n'y est décrit que les opérations typiques, sans que nous puissions envisager les multiples modifications de détail que la variabilité de l'état pathologique peut imposer à une intervention.

Ce *Précis* s'adresse aux étudiants, qui y trouveront l'enseignement de la chirurgie opératoire dont ils ont besoin pour leurs études et qui, aujourd'hui, fait véritablement partie de l'éducation médicale.

Il s'adresse aussi aux docteurs, qui doivent tous connaître la technique opératoire, car la pratique chirurgicale n'est plus, comme autrefois, réservée à une élite peu nombreuse.

Il est des opérations que tout docteur doit savoir exécuter.

Le but de ces livres est de donner un procédé choisi pour chaque intervention, et, par une description très détaillée et très figurée, la compréhension complète de l'acte opératoire et la possibilité de l'exécuter immédiatement.

Pour chaque opération, un seul procédé est donné, celui que notre expérience de prosecteurs et la pratique chirurgicale de nos maîtres ont choisi.

Ce procédé, le plus souvent, combine les techniques de différents chirurgiens; il emprunte aux uns et aux autres les manœuvres qui nous ont semblé bonnes; il est donc impersonnel.

La bibliographie serait donc ici inutile, nous l'avons complètement laissée de côté.

Nous avons cru utile de réunir dans un livre spécial de « Pratique courante et chirurgie d'urgence » toutes les interventions qui constituent pour le praticien la chirurgie journalière, et la chirurgie d'exception à laquelle il ne saurait se refuser.

Fait dans un but immédiatement pratique et urgent, il est le seul de nos livres qui donne des indications opératoires et envisage les soins généraux et particuliers; les autres ne contiennent que de la technique pure.

Nous avons pris soin de faire des descriptions très détaillées, ne négligeant aucun détail sur les positions de l'opéré, du chirurgien, de son aide, sur le maniement des différents instruments.

A cette description, nous avons adjoint un nombre considérable de figures : chaque position, chaque temps opératoire sont représentés; les détails anatomiques essentiels sont à tout moment figurés.

La combinaison d'une description très précise et d'une illustration très détaillée nous a semblé indispensable pour obtenir la netteté et la clarté dans l'exposition.

Nos éditeurs, MM. Masson et C^{ie}, nous ont laissé pour l'illustration de ces livres une liberté entière. Le nombre considérable de figures nouvelles qu'ils nous ont accordé montre quel vif intérêt ils prennent aux méthodes d'enseignement; nous ne saurions trop les en remercier.

Janvier 1904.



DIVISION DES 7 VOLUMES

DU

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

TÊTE ET COU (Ch. Lenormant.)

Crâne. — Technique générale de la craniotomie, craniectomie, interventions sur le sinus latéral, le cervelet et la méningée moyenne. Ponction ventriculaire.

Oreille et mastoïde. — Trépanation simple, évidemment pétromastoïdien, traitement des complications intra-craniennes.

Squelette de la face. — Trépanation des sinus de la face (sinus frontal, sinus maxillaire, cellules ethmoïdales et sphénoïdales), résections du maxillaire supérieur (totale et partielle), ostéotomies pour aborder l'orbite, l'hypophyse et le naso-pharynx, ostéotomies et résections du maxillaire inférieur, suture du maxillaire inférieur.

Nerfs de la face. — Trijumeau, ganglion de Gasser, facial.

Bouche, pharynx, glandes salivaires. — Bec-de lièvre et divisions du voile du palais, amputations des lèvres et de la langue, pharyngotomies, extirpation des glandes sous-maxillaire et parotide.

Larynx, trachée, corps thyroïde, thymus. — Laryngotomie, laryngectomies totale et partielle, trachéotomie, chirurgie du corps thyroïde, extirpation du thymus.

Cou. — Vaisseaux, nerfs, torticollis, œsophagotomie cervicale.

THORAX — MEMBRE SUPÉRIEUR (A. Schwartz.)

THORAX

Sein. — Ablation partielle du sein, ablation totale du sein, curage de l'aisselle.

Parois thoraciques, plèvre et poumons. — Résection costale, thoracectomie sans ouverture de la plèvre, thoracectomie avec ouverture de la plèvre, pneumotomie.

Médiastin antérieur. — Ponction du péricarde, péricardotomie, suture du cœur.

Médiastin postérieur. — Bronchotomie, œsophagotomie externe, œsophagectomie.

Voie thoraco-abdominale. — Voie transpleurale, voie sous-pleurale.

Rachis. — Résection des apophyses épineuses, des lames vertébrales.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Découverte des nerfs. — Plexus brachial, nerfs médian, cubital, radial, circonflexe.

Incision des gaines synoviales. — Gaine radiale, gaine cubitale.

Chirurgie des os, des articulations. — Arthrotomies, extirpations osseuses.

Ostéosynthèse. — Ostéosynthèse en général, ostéosynthèse particulière (suture de l'olécrane).

MEMBRE INFÉRIEUR (G. Labey)

Os et articulations. — Ostéotomies : sous-trochantérienne cunéiforme, transversale et oblique, du corps du fémur, supra-condylienne, condylotomie, des os de la jambe, symphyséotomie, résections diaphysaires et trépanations. Arthrotomies de la hanche, du genou, du cou-de-pied, de la médio-tarsienne. Résections de la hanche, du genou, de la tibio-tarsienne, extirpation de l'astragale, arthrodèse tibio-tarsienne. Suture et cerclage de la rotule. Amputation ostéo-plastique de jambe, amputation ostéo-plastique tibio-astragalienne, tarsectomies cunéiforme dorsale, externe et interne, etc....

Muscles et tendons. — Suture du tendon rotulien, suture du tendon d'Achille, ténotomies du couturier, des muscles de la patte d'oie, des adducteurs, etc...; allongement et raccourcissement du tendon d'Achille, anastomoses musculo-tendineuses (jambier antérieur et extenseur des orteils, tendon d'Achille et péroniers, etc...).

Vaisseaux. — Résections des saphènes.

Nerfs. — Découverte des nerfs (crural, saphène interne, fémoro-cutané, sciatique poplitée externe, interne, musculo-cutané, tibial antérieur, tibial postérieur et plantaires, honteux interne).

ABDOMEN (M. Guibé.)

Paroi abdominale. — Technique des laparotomies, traitement des éventrations, cure radicale des hernies, hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, traitement des hernies étranglées, kélotomie.

Estomac. — Exploration, gastrotomie, gastrostomie, gastro-entérostomie, gastrectomie, résection du cardia, gastroplication, gastropexie.

Intestin. — Sutures intestinales, entérectomies et entérorraphies, jéjunostomie, exclusion de l'intestin, traitement de l'invagination intestinale, résection de l'appendice, résection du segment iléo-cæcal, résection des colons, anus iliaque temporaire, appendicostomie, anus iliaque définitif, colopexie, cure de l'anus contre nature.

Rectum et anus. — Résection des hémorroïdes, extirpation périnéale et abdomino-périnéale du rectum, résection du rectum par voie anale et par voie sacrée, exérèse muqueuse des prolapsus du rectum, rectococcyx, myorraphie des releveurs, rectotomie postérieure.

Annexes du tube digestif. — Voies d'abord du foie (voies péritonéale, sous-pleurale, transpleurale), suture et tamponnement du foie, résection du foie, kysto-hépatostomie, hépatotomie pour abcès, hépatopexie.

Exploration des voies biliaires, cathétérisme des voies biliaires, cholécystotomie, cholécystostomie, cysticotomie, cholécystentérostomie, cholécystectomie, cholédochotomie (sus-duodéale, rétro-pancréatique, transduodénale), duodénotomie. Résection du canal cholédoque.

Splénectomie, splénopexie.

Voies d'abord du pancréas.

Omentopexie.

**APPAREIL URINAIRE
ET APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME
(Pierre Duval.)**

Appareil urinaire. Rein et bassin. — Voie lombaire, voie transpéritonéale, découverte du rein, néphropexie, néphrotomie, néphrorraphie, néphrostomie, néphrectomies, pyélotomie, pyélorénoplicature, urétéro-pyélonéostomie.

Uretère. — Découverte de l'uretère, segments rénal, lombaire, pelvien; voie transpéritonéale, voie sous-péritonéale, uretère pelvien chez la femme, urétérotomie, urétéroplasties, urétérectomies, urétérorraphies, greffes de l'uretère.

Vessie. — Cystotomie, taille hypogastrique longitudinale et transversale, taille vaginale, taille sous-symphysaire, cystorraphie, cystostomies, cystectomies, curettage de la vessie.

Prostate. — Voie périnéale, voie endo-vésicale, prostatectomies.

Urètre. — Urètre de l'homme, urétrotomies internes et externes, boutonnière périnéale, urétrectomies, urétreorraphies, urétrostomie périnéale, uréthroplasties, hypospadias; urètre de la femme, urétrotomie interne et externe, uréthroplasties, urétrectomies.

Appareil génital de l'homme. — Chirurgie du testicule et de ses enveloppes, résection du scrotum, chirurgie de la vaginale, castrations, épидидymectomie, orchidotomie, chirurgie du cordon spermatique, de la vésicule séminale, du pénis, émasculatiou totale.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

(Robert Proust.)

Vulve, vagin et périnée. — Périnéorraphies et colpoperinéorraphies. Méthodes opératoires. Ruptures incomplètes du périnée et prolapsus génital. Méthode de l'avivement, du dédoublement. Myorraphie des releveurs de l'anus. Ruptures complètes du périnée. Méthode de l'avivement, du dédoublement. Colporraphies antérieures. Fistules vésico-génitales. Traitement. Voies vaginale, sus-pubienne, transvésicale, transpéritonéale, ischio-rectale. Fermeture indirecte. Colpocleisis. Fistules vésico-utérines, juxtacervicales, intra-cervicales. Fistules recto-vaginale. Voies vaginale, périnéale, mixte, vagino-périnéale. Fistules recto-périnéales. Création d'une cavité vaginale. Transplantation intestinale. Autoplastie périnéale.

Utérus et annexes. Voie vaginale. — Curettage, Colpotomie. Préparation de la malade. Technique. Chirurgie du col. Trachélorraphie. Opération plastique. Évidement commissural. Opération de Dudley. Amputations intravaginales. Amputation supravaginale. Traitement des déviations utérines. Cunéo-hystérectomie. Redressement vaginal. Hystéropexie. Opérations conservatrices dans le traitement des fibromes. Ablation des polypes fibreux. Myomectomies. Énucléation des fibromes. Hystérectomie vaginale. Technique générale : Divers procédés. Hystérectomie pour suppu-

rations pelviennes. Hystérectomie pour fibromes. Hystérectomie pour cancer utérin. Colpo-hystérectomie pour cancer. Hystérectomie pour prolapsus utérin. Colpectomie totale pour prolapsus de l'utérus. Inversion utérine. Opération césarienne.

Voie abdominale. — Laparotomie pour lésions utéro-annexielles. Ablation des annexes; kystes de l'ovaire, salpingites. Opérations conservatrices. Résection de l'ovaire. Salpingorrhaphie. Salpingostomie. Salpingoplastie. Déviations utérines. Hystéropexie. Cuno-hystérectomie. Raccourcissement des ligaments ronds. Oblitération du cul-de-sac de Douglas. Traitement des fibromes utérins. Polypectomie. Énucléation. Hystérectomie abdominale; subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Hystérectomie subtotale. Procédé américain. Hystérectomie par décollation postérieure; par décollation antérieure. Hystérectomie totale. Procédé courant. Procédé américain modifié. Hystérectomie par hémisection; par décortication sous-péritonéale. Hystérectomie pour cancer de l'utérus. Opération césarienne.

PRATIQUE COURANTE ET CHIRURGIE D'URGENCE (Victor Veau.)

Généralités. — Incision, hémostase, suture, anesthésie locale, greffes simples, abcès froids.

Tête et cou. Thorax. — Interventions d'urgence dans les fractures du crâne, corps étrangers, trépanation de la mastoïde, abcès, trachéotomie, pleurésies purulentes.

Abdomen. — Laparotomie pour péritonites aiguës, hernies étranglées, cure radicale de la hernie inguinale et crurale, anus temporaire, occlusion intestinale, anus définitif, cancer du rectum.

Rectum et anus : dilatation, hémorroïdes, abcès péri-anaux, fistules anales, imperforation anale.

Organes génitaux de la femme : colpotomie pour abcès pelvien, curetage de l'utérus.

Organes génitaux de l'homme : phimosis, opérations sur la vaginale, castration, intervention dans les ruptures traumatiques de l'urètre, infiltration d'urine.

Membres. — Hémorragie traumatique, suture des tendons, des nerfs, abcès des membres, trépanation des os dans l'ostéomyélite, arthrotomies pour arthrites purulentes, ongle incarné, amputations pratiquées. Ténotomie. Traitement des fractures.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

PREMIÈRE PARTIE

CHIRURGIE DE LA VULVE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

PÉRINÉORRAPHIES ET COLPOPÉRINÉORRAPHIES

Le traitement idéal de la rupture du périnée est la *suture immédiate* que nous n'avons pas à étudier ici. Lorsque, pour une raison quelconque, cette suture n'a pas été pratiquée aussitôt après l'accouchement, le chirurgien se trouve, au bout d'un temps plus ou moins long, en présence d'une lésion ancienne, pour laquelle il aura le choix entre les divers procédés que nous allons étudier dans ce chapitre.

Il existe deux variétés de ruptures du périnée et leurs traitements, différents, doivent être étudiés successivement. L'une est la *rupture incomplète* qui n'intéresse que la paroi postérieure du vagin et la partie antérieure du corps périnéal, respectant l'intégrité du canal anal. Suivant une comparaison classique, c'est un coup de ciseaux débridant la commissure postérieure de la vulve. L'autre, *rupture complète*, intéresse le sphincter et la cloison recto-vaginale sur une hauteur plus ou moins grande, réunissant en un orifice commun l'anus et la vulve.

Les lésions anciennes ne restent d'ailleurs pas ce qu'elles étaient au lendemain de l'accouchement : la rétraction des muscles rompus, la cicatrisation muqueuse et cutanée modifient la forme et l'étendue de la perte de substance. C'est ainsi que la fente linéaire de la déchirure incomplète devient une sorte d'hiatus bordé latéralement par deux surfaces triangulaires.

La déchirure du périnée est grave surtout par les conséquences qu'elle entraîne du côté de la statique des organes génitaux profonds (vagin, utérus). Nous n'avons pas à insister ici sur les relations de cause à effet qui unissent la rupture du périnée au prolapsus génital : l'anatomie normale les fait pressentir, la pathologie les démontre. Mais il en résulte que les opérations que nous allons décrire maintenant sont également applicables à la rupture et au prolapsus.

Méthodes opératoires générales (1).

La rupture périnéale porte à la fois sur la paroi postérieure du vagin et sur le corps périnéal ; elle a un double effet : élargissement du vagin, raccourcissement (rupture incomplète) ou destruction (rupture complète) du corps périnéal.

D'où, deux indications que devra remplir toute périnéorraphie ; il faut agir : 1° *sur le vagin* pour le rétrécir, 2° *sur le périnée* pour le reconstituer et, en particulier, lui redonner sa longueur normale entre l'anus et la vulve. Il s'y ajoute, au cas de déchirure complète, une troisième indication : la nécessité de fermer l'anus et de reconstituer le sphincter.

On peut arriver au résultat cherché par deux méthodes différentes :

a) *La méthode de l'avivement*, qui n'est, si l'on veut, qu'un dérivé de la suture immédiate ; mais, comme les surfaces rup-

(1) *Protection du champ opératoire.* Pour toutes les opérations portant sur le périnée ou se pratiquant par la voie vaginale, la disposition des champs opératoires présente quelques difficultés. Je recommande tout spécialement la disposition dite des *champs américains* implantés chez nous par J.-L. Faure. Deux étuis triangulaires de toile jouent le rôle de jambières et sont facilement enfilés grâce à leur forme régulière et conique. Une troisième pièce est un champ percé de trois orifices, les latéraux pour les jambes, le médian, pour la vulve et le périnée, laissant un accès suffisant sur la région opératoire.

turées se sont cicatrisées, il faut tout d'abord les aviver par l'excision d'un lambeau, muqueux et cutané, de dimensions et de forme convenables; puis on suture l'une à l'autre les surfaces cruentées.

b) La *méthode du dédoublement* (méthode autoplastique), qui consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale, ou ses débris, et à utiliser les lambeaux ainsi obtenus pour reconstituer le périnée. Cette méthode a, théoriquement tout au moins, sur la précédente, l'avantage de ne rien détruire, de tout utiliser dans une lésion par insuffisance des tissus.

I. PÉRINÉORRAPHIES DANS LES RUPTURES INCOMPLÈTES DU PÉRINÉE ET LE PROLAPSUS GÉNITAL

A. — *Méthode de l'avivement.*

1^o Procédé d'Hégar. — C'est le plus employé, l'un des plus simples; les autres n'en diffèrent que par l'étendue et la forme de l'incision.

Soins préliminaires. — La malade sera purgée l'avant-veille de l'opération et lavement le soir de ce même jour; aussitôt après on commencera à lui donner de l'opium pour la constiper.

Immédiatement avant l'intervention et lorsque la malade est déjà sur la table, elle sera sondée et l'on procédera à un nettoyage soigneux du vagin et du périnée.

Position de l'opérée et exposition du champ opératoire. — La malade est mise dans la position de la taille et, avec une valve, on écarte la paroi vaginale antérieure. On voit aussitôt bomb

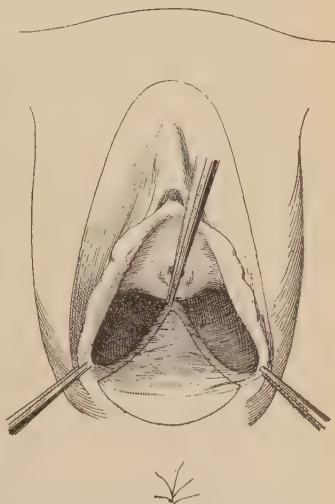


Fig. 1. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Étalement du champ opératoire. — Tracé de l'avivement.

la paroi vaginale postérieure

exubérante; sur cette paroi et sur le périnée, il faut placer des pinces tire-balles, ou à leur défaut des pinces de Kocher, qui marqueront l'étendue de l'avivement et serviront en même temps à étaler et à tendre la région. Avant de les placer d'une manière définitive on vérifie leur situation en rapprochant les grandes lèvres et en voyant ainsi sur quelle longueur il convient de les juxtaposer pour rétrécir la vulve et allonger le périnée. La longueur du périnée de nouvelle formation sera égale à la moitié de la largeur du triangle d'avivement ainsi mesurée par l'écartement des pinces.

En règle générale, il suffit d'avoir un triangle présentant 7 centimètres de large au niveau de sa base (fig. 1), et une hauteur de 7 centimètres dans le vagin (Pozzi).

On place donc une première pince sur le milieu de la paroi postérieure du vagin à 15 millimètres du col, puis, deux autres en des points symétriques, à l'union de la muqueuse et de la peau, marquant les angles latéraux du triangle; une quatrième enfin sera placée à égale distance des deux précédentes, au milieu de la base de l'avivement. Toutes ces pinces sont confiées aux aides qui étalent le champ opératoire; la valve vaginale, devenue inutile, est enlevée.

1^{er} temps: Avivement. — Avec le bistouri, on trace le contour du lambeau muqueux à exciser: l'incision, très superficielle, réunit les trois angles marqués par les pinces; le tracé doit être un peu convexe en dedans sur les côtés de l'avivement vaginal et s'arrondir aux angles.

Puis on dissèque ce lambeau avec le bistouri, ou mieux, des ciseaux bien tranchants; il faut commencer par l'angle supérieur et avancer à petits coups en soulevant avec une pince à griffes les parties déjà décollées. Pendant cette dissection, il se produit une hémorragie en nappe assez abondante qui obscurcit le champ opératoire; on se débarrassera du sang par une irrigation continue légère ou, plus simplement et mieux, en faisant essuyer par un aide.

La dissection ne doit porter que sur la muqueuse seule; on y arrivera avec un peu d'attention et il n'y a guère de danger d'aller profondément crever le rectum, lorsque la cloison recto-vaginale n'est pas trop amincie. Dans le cas contraire, on peut à la rigueur introduire dans l'anus, l'index protégé par un gant.

La dissection du lambeau terminée, on doit s'assurer que la muqueuse est partout enlevée.

2^e temps : Suture. — On exécute les sutures vaginales avec une aiguille de Reverdin très courbe et les sutures périnéales avec l'aiguille d'Emmet. On peut faire toute la suture au fil d'argent fin; si l'on préfère ne pas avoir à enlever les points profonds, on peut également suturer le vagin au catgut et les plans superficiels au fil d'argent ou au crin de Florence.

On place d'abord les fils vaginaux en commençant par les

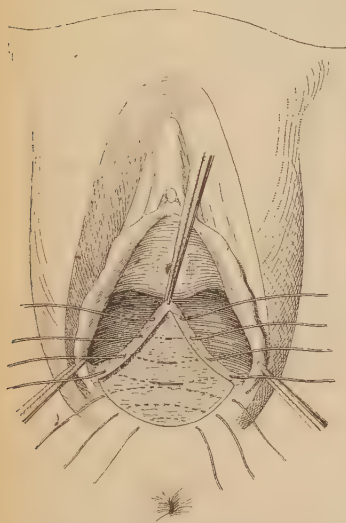


Fig. 2. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Passage des fils. Ils sont fauflés au niveau de la surface cruentée.

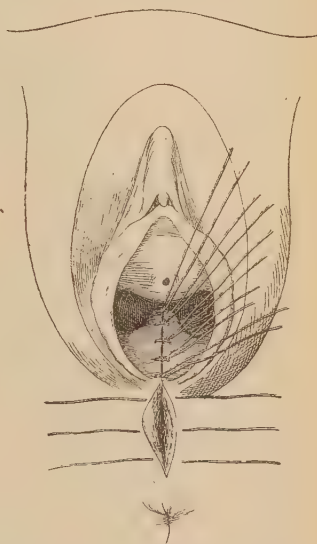


Fig. 3. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar). — Disposition longitudinale de la plaie une fois la suture vaginale achevée.

plus élevés; il faut faire pénétrer et ressortir l'aiguille à 5 millimètres des bords de l'avivement et la faire cheminer dans tout son trajet sous la surface cruentée (fig. 2); la suture, ainsi faite, supprimera tous les espaces morts, assurera à la fois l'accolement et l'hémostase.

Quand tous les fils vaginaux ont été placés et noués (fig. 3), on passe à la suture du périnée, pour laquelle il faut prendre

profondément une grande épaisseur de tissu, ce qui est facile avec l'aiguille d'Emmet.

La suture terminée, on doit avoir reconstitué un corps



Fig. 4. — Colpopérinéorrhaphie par avivement (Hégar).
Aspect du périnée, l'opération terminée.

périnéal long et épais (fig. 4 et 5), rétréci le vagin et l'orifice

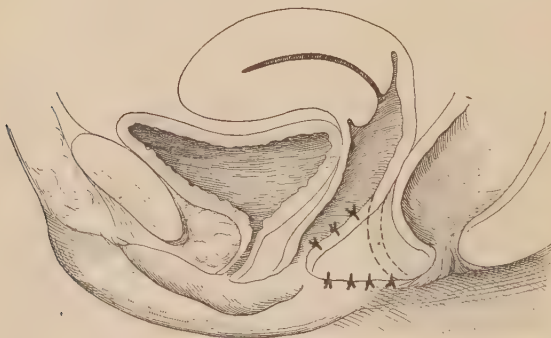


Fig. 5. — Coupe schématique du petit bassin montrant le résultat obtenu
par la colpopérinéorrhaphie par avivement.

vulvaire; comme le disait Bouilly, « il faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez ».

Sonde à demeure. Tamponnement lâche du vagin par une mèche et pansement. Maintenir les genoux rapprochés en les attachant au-dessus d'une alèze roulée. Constiper la malade jusqu'au 7^e jour où on la purgera après avoir retiré les fils profonds.

2° Variantes de la colpopérinéorrhaphie. — a) Procédé

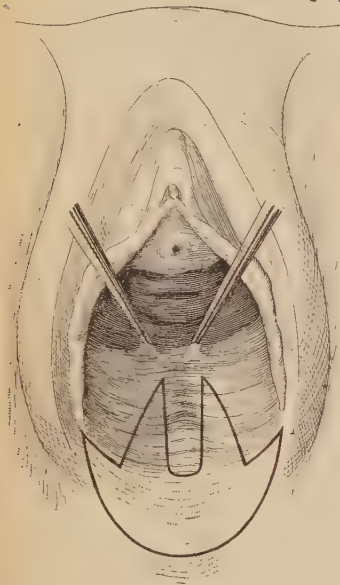


Fig. 6. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. Procédé de Martin. Tracé de l'avivement.

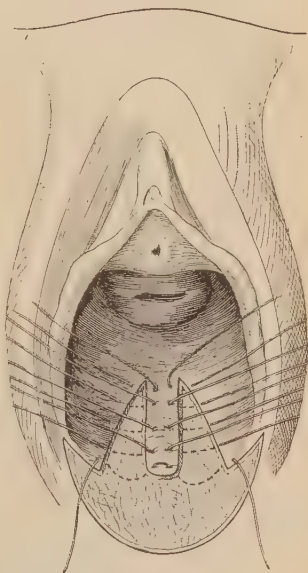


Fig. 7. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Passage des sutures vaginales.

de Martin. — Son auteur a eu pour but de conserver la colonne postérieure du vagin qui forme la partie la plus résistante de la paroi postérieure; outre cet avantage un peu théorique, le procédé donne une surface d'avivement (fig. 6) aussi étendue que celle du procédé d'Hégar, mais fragmentée en trois segments juxtaposés et suturés isolément (fig. 7), d'où moindre tension des fils et meilleures conditions pour une bonne réunion; le seul reproche qu'on puisse lui faire, est d'être un peu compliqué.

La colonne vaginale postérieure étant maintenue tendue par deux pinces tire-balles, on dessine et on dissèque, de chaque côté, deux petits lambeaux triangulaires dont le sommet remonte jusqu'au voisinage du col et dont la base est à un travers de doigt de la fourchette; les surfaces cruentées sont immédiatement

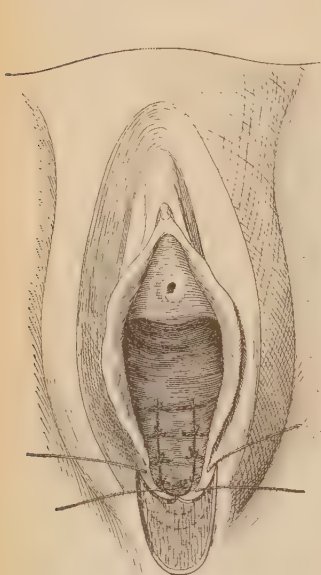


Fig. 8. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Sutures vaginales terminées.

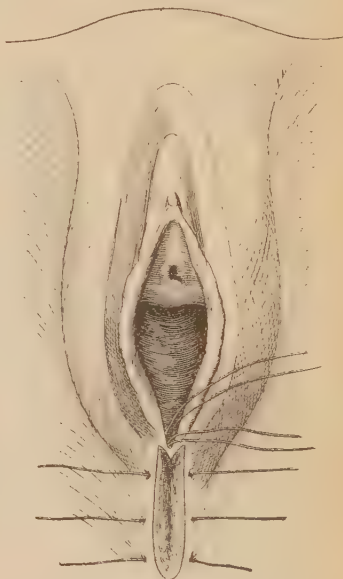


Fig. 9. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Procédé de Martin. Réfection de la commissure vulvaire. Passage des fils périnéaux.

suturées, chacune de son côté, par un surjet de catgut : on a réalisé ainsi (fig. 8) le rétrécissement du vagin.

Puis, au-dessous des excisions ainsi faites, on en pratique une plus étendue, en forme de croissant à concavité supérieure, que l'on délimite de la façon suivante : une première incision transversale est faite un peu au-dessus de la fourchette et remonte latéralement jusqu'à mi-hauteur de l'orifice vulvo-vaginal; de ses extrémités, en part une seconde, concentrique et s'écartant à angle aigu pour passer à la base des petites lèvres et rejoindre le pied des excisions triangulaires vaginales. Ce large croissant cruenté est alors tendu dans le sens antéro-postérieur par deux



Fig. 10. — Déchirure ancienne du périnée. — Procédé de Doyen. Tracé de l'avivement (Doyen).



Fig. 11. — Déchirure ancienne du périnée. Réunion des lambeaux. La suture du vagin est presque terminée (Doyen).

pincées et devient ainsi plus ou moins losangique; un double plan de sutures au catgut accole l'une à l'autre les deux moitiés de ce losange, dont l'extrémité supérieure (fig. 9) sert à la réfection de la commissure vulvaire.

b) Procédés de Simon et de Doyen. — Dans la déchirure incomplète du périnée sans prolapsus vaginal, l'excision doit porter surtout sur le périnée et peu sur le vagin. C'est ce qui constitue la caractéristique des procédés de Simon et de Doyen.

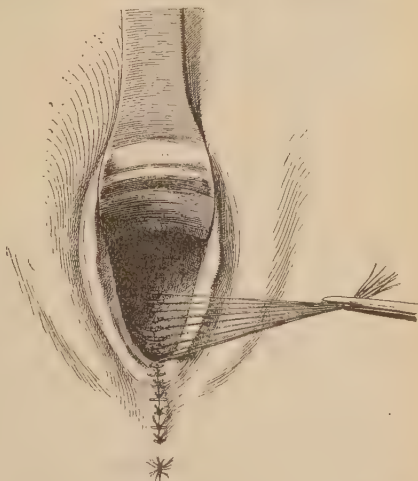


Fig. 12. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. Opération terminée (Doyen).

Simon avive au niveau du périnée un triangle à bords légère-

ment convexes et à angles arrondis dont la base est antérieure. Il complète cet avivement par l'excision d'un tout petit triangle de muqueuse vaginale comme dans son procédé de périnéorraphie pour ruptures complètes (fig. 27). La disposition des fils donne une suture longitudinale.

Doyen opère d'une manière analogue. Il circonscrit la cicatrice de la déchirure par quatre incisions curvilignes; les deux postérieures en divergeant limitent un triangle dont la base va de

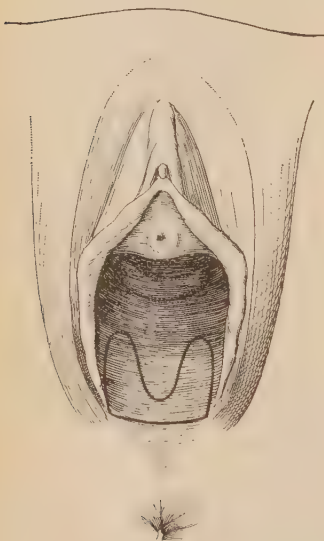


Fig. 13. — Colpopérinéorraphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Tracé de l'avivement.

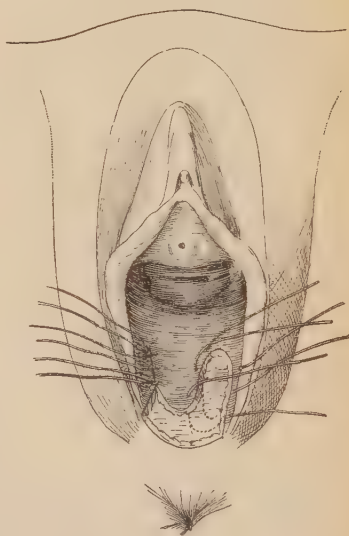


Fig. 14. — Colpopérinéorraphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Passage des fils vaginaux.

l'extrémité postérieure d'une grande lèvre à l'autre; les deux antérieures se prolongent légèrement dans le vagin (fig. 10). Il extirpe le tissu intermédiaire à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Les sutures sont disposées comme dans les procédés de Simon et d'Hégar, c'est-à-dire qu'on suture d'abord la muqueuse vaginale (fig. 11) jusqu'à ce que les grandes lèvres, en se rejoignant, reconstituent la fourchette, puis on continue la suture cutanée à points séparés jusqu'à l'extrémité postérieure de la plaie périnéale (fig. 12). S'il était nécessaire de diminuer davan-

tage la circonférence de la vulve et d'allonger le périnée, il suffirait de prolonger l'avivement latéral un peu plus haut sur les grandes lèvres.

), *Procédé d'Emmet* (nouveau). — D'après Pozzi, l'opération la plus répandue en Amérique pour les ruptures incomplètes du périnée est le nouveau procédé d'Emmet. L'avivement (fig. 13) a la forme d'un triangle à base curviligne et à sommet

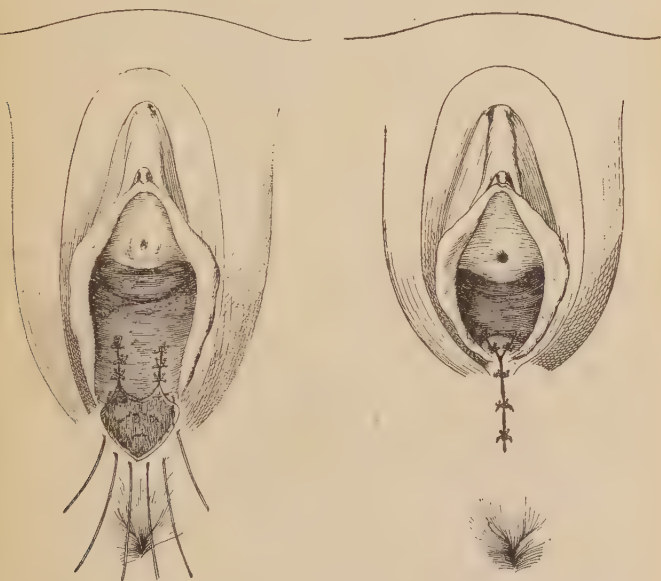


Fig. 13. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Passage des fils périnéaux.

Fig. 16. — Colpopérinéorrhaphie par avivement. — Nouveau procédé d'Emmet. Opération terminée.

bifide, l'incision rappelant la lettre M. La suture successive (fig. 14) de chacune de ces cornes vaginales rétrécit d'autant le vagin (fig. 15). Le passage de fils en bourse au niveau du périnée permet d'affronter correctement (fig. 16) la plaie triangulaire qui subsistait.

B. — Méthode du dédoublement.

1° *Procédé de Lawson Tait*. — C'est le procédé-type du dédoublement pur; la technique primitive de L. Tait, défec-

tueuse sur certains points, a été modifiée par divers opérateurs, en particulier par Sängér et par Pozzi. C'est cette technique améliorée que nous allons décrire ici.

Préparation et position de la malade, comme dans la périnéorrhaphie par avivement.

1^{er} temps : Dédoublement. — L'index gauche, ganté, est introduit dans le rectum et soulève la cloison recto-vaginale; il ne quittera cette place que l'opération finie. En même temps, un aide attire de chaque côté la peau avec deux

pincés tire-balles, placées latéralement, de façon à étaler et à tendre en travers le périnée, entre la fourchette et l'anus.

Le dédoublement peut se faire avec un bistouri ou avec des ciseaux spéciaux, pointus et coudés (ciseaux d'Emmet ou de Roux). Quel que soit l'instrument choisi, on l'enfonce, sur la ligne exactement médiane, à égale distance de la vulve et de l'anus (fig. 17), puis on débride, d'abord à gauche, puis à droite, de façon à obtenir une incision transversale de 35 à 40 millimètres environ; cette incision, profonde de 2 à 3 centimètres, doit dédoubler la cloison recto-vaginale en deux moitiés d'épaisseur sensiblement égale, et c'est le doigt rectal qui apprécie cette épaisseur.

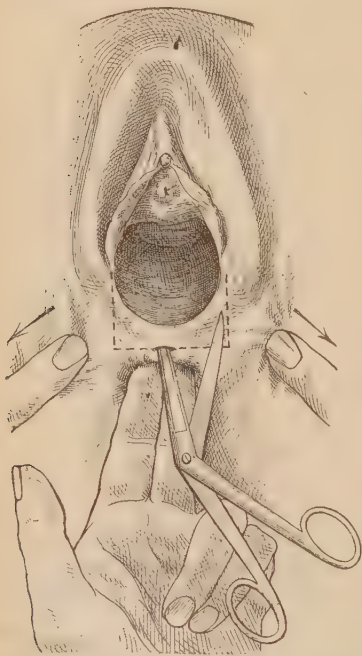


Fig. 17. — Périnéorrhaphie par dédoublement. — Procédé de Lawson Tait. Avivement aux ciseaux (Pozzi).

Aux extrémités du débridement transversal, on mène ensuite deux incisions verticales (la malade étant dans la position de la taille), longues de 2 à 3 centimètres, et divisant profondément les tissus sous-cutanés jusqu'à l'extrémité postérieure des grandes lèvres. Ces deux incisions achèvent de limiter un lam-

beau quadrilatère, à face antérieure cutanée et face postérieure cruentée, libre sur tout son pourtour, sauf au niveau de son bord supérieur qui forme base et le rattache à la fourchette. Si l'on soulève ce lambeau, on voit qu'il recouvre une large surface avivée, également quadrilatère, au-devant de laquelle il retombe comme un rideau.

Si le périnée est très insuffisant, on peut augmenter encore l'étendue des surfaces cruentées en prolongeant en arrière, au delà du débridement transversal, les deux incisions latérales : l'incision est alors un H à branches postérieures courtes (Pozzi) et le dédoublement de la cloison recto-vaginale donne comme résultat une sorte d'entonnoir quadrilatère (fig. 34, p. 27), aplati d'avant en arrière.

Dans tous les cas, ce dédoublement entraîne une hémorragie en nappe assez abondante : on tamponne, et, s'il y a quelques artérioles visibles, on les lie au catgut fin.

2^e temps : *Sutures*. — L'index gauche reste dans le rectum pour guider le passage des fils et s'assurer que ceux-ci ne pénètrent pas dans la lumière de l'intestin.

A la suture primitive de Lawson Tait, qui plaçait, dans la plaie, quatre fils d'argent ne prenant pas la peau, nous préférons la suture plus exacte et plus solide de Pozzi ; elle comprend trois étages de fils : des anses profondes de fil d'argent qui assurent la solidité du périnée, un surjet perdu au catgut qui réalise un affrontement exact des surfaces cruentées et supprime tout espace mort, et des fils cutanés.

Son exécution comporte les manœuvres suivantes :

1^o Avec l'aiguille d'Emmet, on passe tout d'abord trois anses de fil d'argent, chacune d'elles pénétrant à 5 millimètres d'un des bords de la plaie, cheminant sous toute l'étendue de la surface cruentée et venant ressortir à 5 millimètres du bord opposé ; ces fils ne sont pas encore noués ;

2^o On fait ensuite un surjet de catgut sur les deux lèvres de l'avivement qui est ainsi suturé dans le sens antéro-postérieur ;

3^o On suture très exactement la peau au crin (suture orientée dans le sens antéro-postérieur) ;

4^o Enfin, on serre les anses profondes de fil d'argent de la manière que voici : du côté de l'anse, on introduit dans la concavité de celle-ci un rouleau de gaze ; puis, de l'autre côté, on saisit les chefs libres de cette anse, on exerce sur eux une

traction suffisante pour bien affronter les tissus et on les fixe en les tordant sur un rouleau de gaze (fig. 35, p. 28).

Pansement et soins consécutifs, comme après la périnéorraphie par avivement.

2° Procédé de Doléris. — 1^{er} temps : Incision. — On trace,

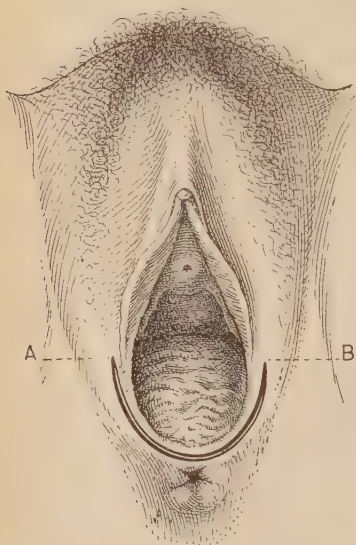


Fig. 18. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris. Tracé de l'incision de A en B (Pozzi).

avec le bistouri, une incision courbe AB, concave en avant, entourant la partie postérieure de l'orifice vulvaire (fig. 18), exactement à l'union de la muqueuse et de la peau; pour faire facilement cette incision, on fixe, avec deux pinces de Kocher, les points où on l'arrêtera en avant et l'on se sert de ces pinces pour tendre la peau.

2^e temps : Dédoublément.

— On dissèque ensuite la lèvre antérieure (vaginale) de l'incision, en travaillant surtout sur la ligne médiane. Bientôt, on trouve à ce niveau un plan de clivage qui permet de séparer assez facilement le rectum du vagin; il faut, dès lors, quitter le bistouri et ne plus se servir que du doigt ou

d'un instrument mousse pour achever la séparation des deux organes; l'index gauche peut être introduit dans le rectum pour vérifier l'intégrité de la paroi rectale pendant cette dissection. Il faut pousser haut le dédoublément, d'autant plus haut que la paroi vaginale postérieure est plus élargie et plus flasque.

Le résultat du dédoublément est, ici encore, une plaie profonde en forme d'entonnoir aplati d'avant en arrière.

3^e temps : Placement des fils profonds. — Le lambeau vaginal ABD est relevé par une pince; une aiguille d'Emmet, chargée de fil d'argent, s'enfonce dans l'épaisseur du périnée, à gauche de l'anus, et ressort dans le fond de la plaie; là elle embroche,

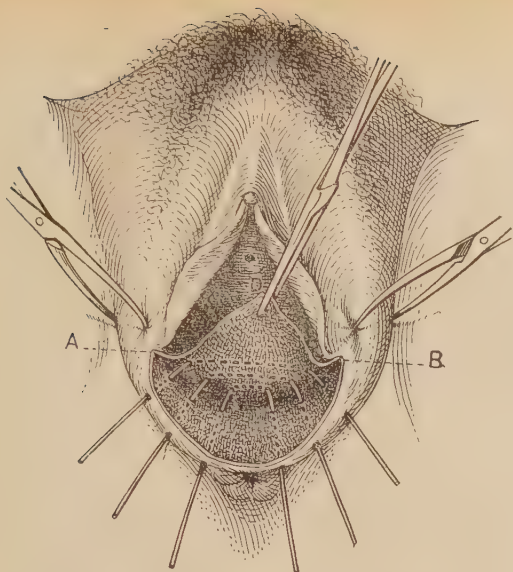


Fig. 19. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris. Trajet des fils profonds (Pozzi).

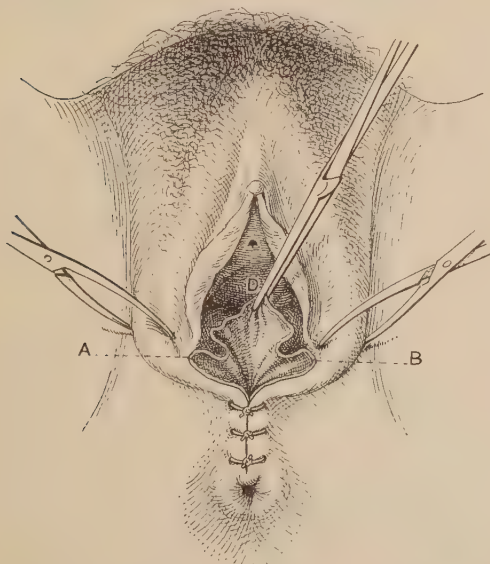


Fig. 20. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris. En D, collerette vaginale exubérante, prête à être réséquée suivant A B (Pozzi)

aussi haut que possible, le lambeau vaginal, sans le perforer;

puis, par un trajet symétrique, elle traverse le côté opposé du périnée et vient ressortir à droite de l'anus.

On place de la même façon, deux autres fils, un peu en dehors du premier (fig. 19). Puis on serre et on noue ces trois fils.

Il en résulte une suture linéaire et antéro-postérieure, reconsti-

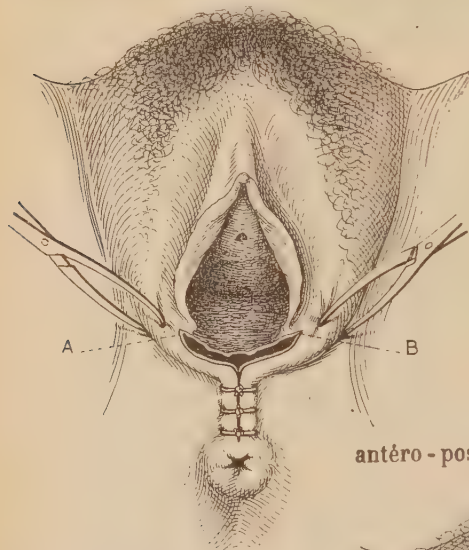


Fig. 21. — Colpopérinéoplastie par glissement. — Procédé de Doléris. La colerette vaginale est réséquée. Les deux oreilles latérales sont vues avant la suture qui va affronter A et B (Pozzi).

tuant le corps périnéal; en avant d'elle, à la commissure postérieure de la vulve, le lambeau vaginal, exubérant et plissé, fait une saillie (fig. 20) qui débordé le plan de l'orifice vulvaire.

4^e temps : Excision de la partie inutilisée du lambeau vaginal et suture muco-cutanée. — D'un coup de ciseaux, on abat l'excédent de paroi vaginale postérieure, au ras du périnée; puis on suture soi-

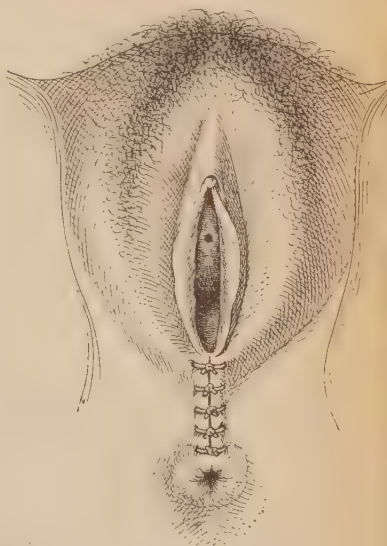


Fig. 22. — Colpopérinéoplastie par doublement. — Procédé de Doléris. Opération terminée. Toutes les sutures sont extérieures (Pozzi).

gneusement l'une à l'autre (fig. 21) chacune des oreilles A et B formées par l'adossement du lambeau vaginal à la lèvre cutanée. L'opération finie (fig. 22), toutes les sutures sont extérieures.

C. — Myorraphie des releveurs de l'anus.

(Procédé de Pierre Duval et Proust).

Dans toute périnéorrhaphie par dédoublement, on recommande de pousser haut la séparation du vagin et du rectum et de charger, sur l'aiguille qui fait les sutures profondes, la plus grande épaisseur possible de tissus. On accroche ainsi le bord interne des muscles releveurs de l'anus qui sont l'élément essentiel du plancher pelvien. Mais on peut aussi, dans les prolapsus génitaux, s'adresser directement à ce muscle, dont l'anatomie normale et pathologique a montré le rôle capital dans la statique de l'utérus; on suture les deux releveurs l'un à l'autre et l'on supprime ainsi la fente prérectale dans laquelle peut se faire la hernie périnéale du cul-de-sac de Douglas, hernie dont Zuckerkandl a montré l'importance dans la pathogénie de certains prolapsus génitaux; en même temps, on constitue, en arrière du vagin, une sangle musculaire très forte qui soutiendra cet organe, et, par son intermédiaire, l'utérus.

La myorraphie des releveurs s'adresse donc surtout au prolapsus plus qu'aux déchirures du périnée⁽¹⁾; elle mérite cependant d'être rapprochée des périnéorrhaphies postérieures par avivement et surtout par dédoublement. En voici la technique.

1^{er} temps : Incision, dédoublement du périnée et découverte du bord inférieur des releveurs. — On fait la même incision courbe, concentrique à la partie postérieure de la vulve, que dans la périnéorrhaphie de Doléris; mais on prolonge un peu plus en avant ses extrémités, jusqu'au bord externe des grandes lèvres.

On dédouble le corps périnéal, puis, aux extrémités antéro-latérales de l'incision, on pénètre assez profondément pour

(1) On peut l'employer aussi comme traitement du prolapsus rectal. Voir *Chirurgie de l'abdomen*, par Guibé.

prendre contact avec les releveurs; l'incision laisse en dedans d'elle les bulbes de la vulve. La traction de l'anus en arrière, au moyen d'une pince, tend les releveurs, dont les bords inférieurs saillants constituent deux cordes, faciles à dénuder, du bord postérieur du diaphragme uro-génital au rectum.

2^e temps : Section de la bandelette recto-vaginale et décollement du rectum et du vagin.



Fig. 23. — Myorraphie des releveurs. — Isolement de la bandelette recto-vaginale (Duval et Proust).

— Entre les deux releveurs, sur la ligne médiane, on voit et on sent une bandelette tendue de la face antérieure du rectum (au niveau de son coude périnéal) au vagin : c'est le petit muscle recto-vaginal (fig. 23); il mérite un temps spécial dans l'opération, car c'est lui qui maintient fixé en avant le coude rectal et, si l'on ne tient pas compte de ce fait, on risque à ce moment d'ouvrir le rectum.

On reconnaît donc la bandelette musculaire prérectale, on l'isole et on la sectionne tout à fait au ras de son insertion vaginale. Aussitôt on pénètre dans la zone décollable inter-vagino-rectale et la sépa-

ration des deux organes doit se faire sans difficulté jusqu'au cul-de-sac de Douglas qui doit apparaître, blanc et doublé de graisse, dans la profondeur de la plaie. Si le décollement n'est pas facile, si l'on n'a pas la sensation de pénétrer dans une sorte de cavité séreuse interposée aux deux organes, c'est qu'on n'a pas trouvé le bon plan de clivage et, vraisemblablement, que l'on est en pleine paroi rectale.

3^e temps : Dénudation des faces internes des deux releveurs.

— On refoule le rectum avec une valve étroite et, de chaque côté, on dénude largement la face interne des muscles, car il faut affronter ceux-ci par leurs faces et non par leurs bords.

4^e temps : *Suture musculaire*. — Une pince à dissection éverse le bord inférieur de chacun des muscles de façon à présenter sa face interne (fig. 24).

Le premier point doit être placé aussi profondément que possible à hauteur du cul-de-sac de Douglas, que l'on refoule s'il est trop proéminent.

L'aiguille courbe charge la face interne du muscle, largement; elle passe ensuite dans la paroi vaginale, non pas à la même hauteur que dans le muscle, mais plus bas, de façon que cette paroi se trouve remontée par la striction du fil.

Le fil repasse ensuite dans la face interne du releveur opposé, décrivant dans son ensemble un trajet en $\cap$; il n'est pas noué immédiatement. Trois ou quatre fils sont ainsi placés pour la myorrhaphie et la vaginopexie. Ils sont de plus en plus superficiels. Leur traversée musculaire se rapproche de plus en plus du bord inférieur du muscle, et le dernier point passe dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

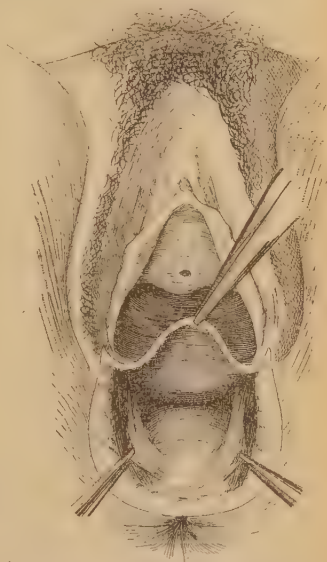


Fig. 24. — Myorrhaphie des releveurs. — Dénudation de la face interne des muscles. Decollement du rectum et du vagin (Duval et Proust).

Les trois fils sont alors noués en commençant par le supérieur et, grâce à leur disposition en escalier, l'obliquité de la paroi vaginale est entièrement rétablie (fig. 25).

Quatre points alors, disposés en suture antéro-postérieure, unissent les bords inférieurs des muscles (fig. 26); le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe; le postérieur touche au sphincter externe lorsqu'il est conservé, le reconstitue lorsqu'il est déchiré.

5^e temps : *Reconstitution des plans superficiels et suture cutanée*, comme dans le procédé de Doléris.

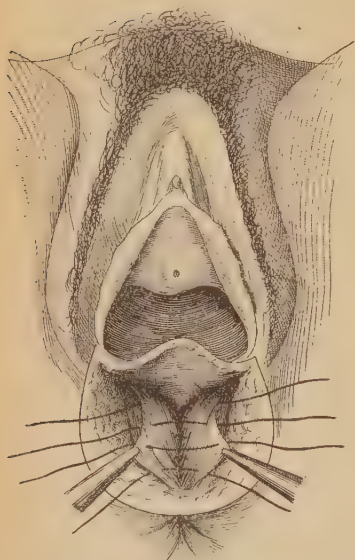


Fig. 25. — Myorraphie des releveurs. —
Les muscles sont maintenus éversés
pour montrer la disposition des su-
tures profondes (Duval et Proust).

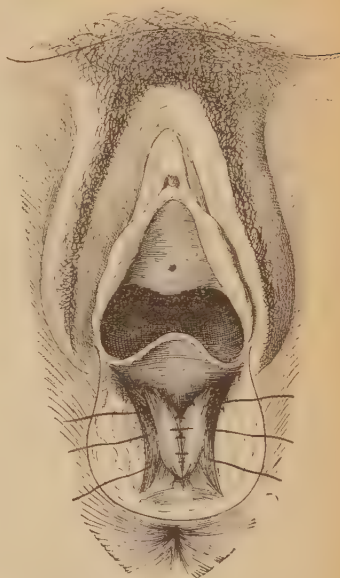


Fig. 26. — Myorraphie des releveurs. —
Adossement des bords inférieurs des
muscles (Duval et Proust).

II. PÉRINÉORRAPHIES DANS LES RUPTURES COMPLÈTES DU PÉRINÉE

A. — *Méthode de l'avivement.*

Les procédés sont ici encore assez nombreux ; les différences portent moins sur la forme et l'étendue de l'avivement que sur le mode de suture. L'avivement, en effet, devra toujours tendre à reproduire des surfaces cruentées analogues à celles qui existaient au moment même de la déchirure : c'est-à-dire, de chaque côté, une large surface triangulaire, s'étendant en arrière jusqu'à l'anus et s'avancant en avant, plus ou moins loin sur les parties latérales de la vulve ; entre les deux, sur la ligne médiane,

le bord inférieur de ce qui reste de la cloison recto-vaginale.

On peut faire la suture de deux manières : la plus simple consiste à faire un seul plan de sutures périnéales, sans suture spéciale du vagin et du rectum ; l'autre, plus compliquée mais peut-être plus sûre, superpose les plans de suture, fermant d'abord le rectum et le vagin, puis plaçant ensuite des fils périnéaux. Le type de la suture à un seul plan est le procédé d'Emmet ; le type de la suture complexe est le procédé de Simon-Hégar ; nous allons les décrire tous les deux

1^o Procédé de Simon-Hégar. — *1^{er} temps : Avivement.* — La femme étant dans la position habituelle pour la périnéorraphie, on soulève avec une valve la paroi vaginale antérieure et on introduit dans le rectum une éponge montée.

Quatre pinces sont alors placées aux angles du futur avivement, c'est-à-dire deux en avant, en des points symétriques de la face interne des grandes lèvres, et deux en arrière, de chaque côté de l'anus, à 15 ou 20 millimètres en dehors de cet orifice. Ces pinces servent à tendre la peau.

On dessine alors, avec un bistouri bien tranchant, le contour du lambeau cutanéomuqueux à exciser. Suivant la comparaison classique, il a la forme d'un papillon aux ailes déployées. Il ne faut pas donner à cet avivement des dimensions exagérées, sans quoi il deviendrait difficile ou même impossible d'affronter convenablement les surfaces cruentées.

Le tracé de l'avivement (fig. 27) comprend 3 parties :

a) On commence sur la ligne médiane, en avant, au niveau de la paroi vaginale postérieure, sur laquelle on dessine, puis on

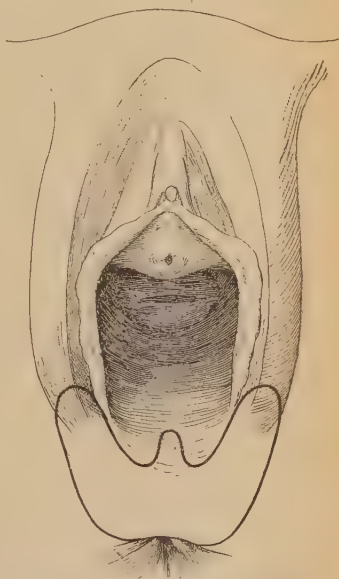


Fig. 27. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Hégar. Tracé.

excise, un petit lambeau muqueux triangulaire, représentant la tête du papillon ;

b) Puis, partant des angles latéraux de ce triangle, on mène, de chaque côté, une incision oblique en avant et en dehors qui gagne, à la face interne de la grande lèvre, l'angle antérieur de l'avivement, déjà jalonné par les pinces ; l'incision se recourbe à ce niveau, à angle aigu, mais arrondi, et revient, oblique maintenant en arrière et en dedans, vers les pinces postérieures ; on a ainsi dessiné le contour des ailes du papillon, c'est-à-dire les deux grands côtés des triangles latéraux d'avivement ;

c) Il ne reste plus qu'à tracer la base de ces triangles ; pour cela, on réunit les deux angles postérieurs du lambeau à exciser par un trait transversal, un peu convexe en avant, passant au niveau de l'anus.

On dissèque ensuite, au bistouri ou aux ciseaux, le large lambeau ainsi délimité ; la surface avivée saigne abondamment en nappe, surtout au niveau des parties latérales : le tamponnement, quelques ligatures d'artérioles arrêtent rapidement cette hémorragie.

2^e temps : Sutures. — On les appliquera (fig. 28) dans l'ordre suivant :

a) *Sutures vaginales* : Quelques points de catgut (pour n'avoir pas à les enlever plus tard), mis dans le vagin, affrontent le petit triangle excisé sur la paroi vaginale postérieure.

b) *Sutures rectales* : Certains chirurgiens n'en font pas ; dans les cas de déchirure étendue de la cloison recto-vaginale, il est préférable cependant de fermer l'intestin par des fils spéciaux. A la suture primitive d'Hégar qui employait des fils (argent ou catgut)



Fig. 28. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Hégar. Disposition des sutures vaginales et rectales.

perforant toute l'épaisseur de la paroi rectale et noués dans la lumière de l'intestin, nous préférons la suture sous-muqueuse, non perforante, à la manière de Lauenstein. On la fera au catgut, car les points doivent être enfouis dans la profondeur de la plaie; l'aiguille est enfoncée dans la surface cruentée, à 4 ou 5 millimètres du bord rectal de l'avivement et chemine dans l'épaisseur de la paroi rectale, sans en perforer la muqueuse; elle suit, dans la lèvre symétrique de l'avivement, un trajet identique; on place un nombre de fils (points séparés) proportionnels à l'étendue de la déchirure de la cloison recto-vaginale; quand tous sont serrés, les deux lèvres de cette déchirure s'accolent et reconstituent la partie inférieure de la cloison.

c) *Sutures périnéales* : On passe ensuite, avec une aiguille à grande courbure, un nombre suffisant de crins de Florence ou de fils d'argent, pour bien coapter (fig. 29) les deux triangles latéraux d'avivement périnéal. Tous ces fils, qui doivent charger une bonne épaisseur de tissus, sont d'abord placés; puis on les noue après avoir rapproché les cuisses de la malade.

C'est cette ligne antéro-postérieure de sutures qui reconstituera le raphé ano-vulvaire⁽¹⁾.

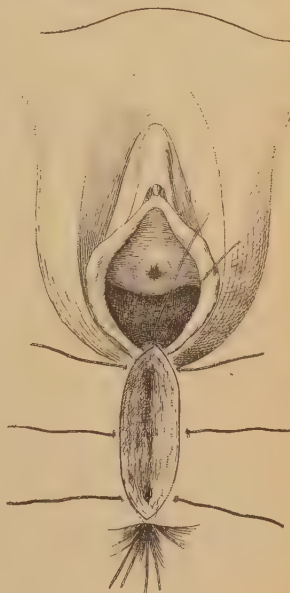


Fig. 29. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Procédé de Simon-Hégar. Sutures périnéales.

2° Procédé d'Emmet. — **1^{er} temps: Avivement.** — Il diffère peu du précédent; cependant on ne fait pas d'excision de la paroi

(1) Hégar terminait son opération par la section en arrière de l'anus du sphincter externe, dans le but d'éviter une trop grande tension des fils rectaux. C'est inutile et c'est dangereux, car on risque l'infection de cette seconde plaie et l'incontinence sphinctérienne. En revanche, il est bon de consacrer un temps spécial à la

vaginale. En voici le tracé, d'après Pozzi : « l'avivement représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée; ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur ».

Il faut commencer cet avivement par la partie moyenne, disséquant d'abord la muqueuse de la cloison, tendue par le doigt qu'un aide introduit dans le rectum. Puis on dissèque les lambeaux triangulaires latéraux. Hémostase des surfaces cruentées.

2^e temps : Sutures. — On emploie l'aiguille d'Emmet et le fil d'argent; les points, au nombre de 4 ou 5, sont placés successivement d'arrière en avant, de l'anوس à la vulve. Chacun d'eux pénètre dans la peau à 10 ou 15 millimètres du bord gauche de l'avivement, embrasse une notable épaisseur des tissus du périnée, charge en passant, dans le milieu de la plaie, la cloison recto-vaginale avivée, et ressort par un trajet symétrique à 10 ou 15 millimètres du bord droit de l'avivement; en le nouant on réalisera donc, en même temps que l'accolement des deux surfaces triangulaires latérales, l'abaissement de la cloison recto-vaginale qui descend comme un rideau entre le rectum et le

recherche (fig. 30) et à la suture (fig. 31) au niveau de la plaie périnéale, des deux bouts du sphincter déchiré.

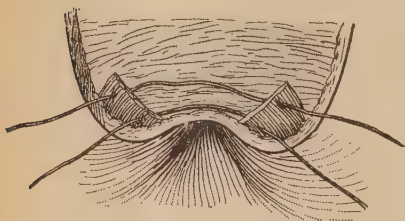


Fig. 30. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Recherche des deux bouts du sphincter déchiré.

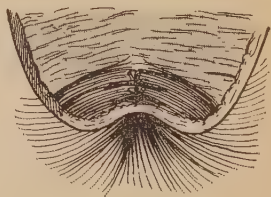


Fig. 31. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode d'avivement. Suture du sphincter de l'anوس.

vagin. Pendant la suture, il est indispensable d'avoir un doigt dans l'intestin, car les fils ne doivent pas perforer le rectum.

C'est le premier fil placé, le plus postérieur (fig. 32), qui est le plus important, car il doit reconstituer le sphincter externe : il faut enfoncer l'aiguille franchement sur les côtés de l'anus pour être sûr de saisir les extrémités du muscle divisé.

Si l'affrontement cutané n'est pas parfait, on le complète par quelques crins de Florence superficiels.

On recommande, une fois l'opération terminée, de s'assurer que l'anus n'est pas trop rétréci.

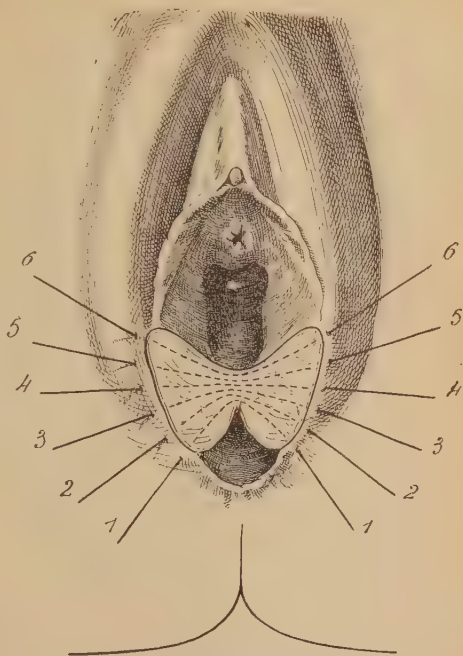


Fig. 32. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Procédé d'Emmet. Avivement et disposition des fils. C'est le fil 1 qui doit rapprocher les deux extrémités du sphincter déchiré (Pozzi, d'après Hanks).

B. — Méthode du dédoublement.

(Procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi).

1^{er} temps : Incision. — Elle a la forme d'un H dont la branche transversale est plus rapprochée de l'extrémité postérieure que de l'extrémité antérieure des branches latérales (fig. 33).

Elle comprend une incision transversale et médiane sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale et deux incisions

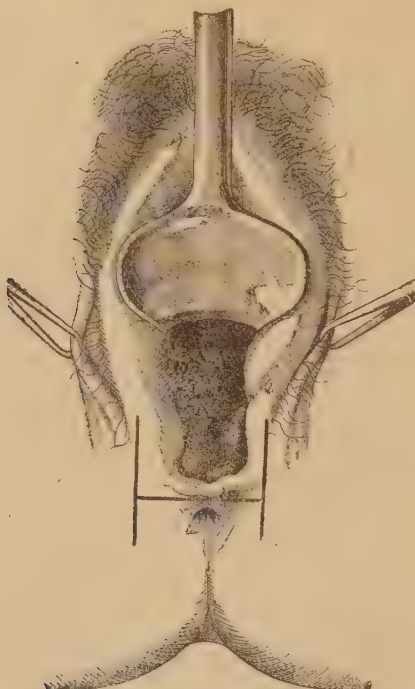


Fig. 33. — Périnéorraphie pour rupture complète du périnée.
Méthode du dédoublement. Procédé de Lawson Tait modifié. Incision (Pozzi).

sagittales et latérales, s'étendant, en avant, jusqu'à mi-hauteur de la vulve et, en arrière, jusqu'au delà du bord postérieur de l'anus.

2^e temps : Dédoublement. — Il se pratique comme dans la déchirure incomplète du périnée. On commence sur la ligne médiane, au niveau de la cloison recto-vaginale, que l'on clive en deux lambeaux, l'un vaginal, l'autre rectal. Quand on a poussé suffisamment ce dédoublement, et il faut le faire plus profond que pour une déchirure incomplète, on incise à fond, de chaque côté, dans toute la longueur, des débridements latéraux.

La plaie présente alors l'aspect d'un infundibulum limité, en

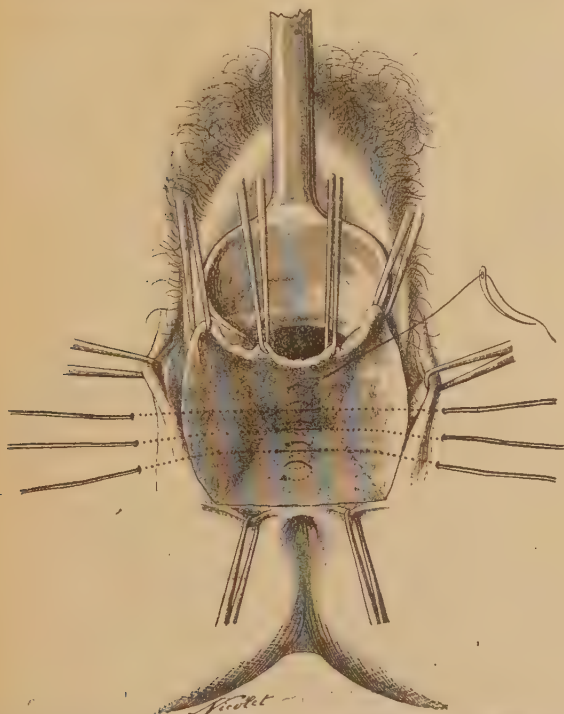


fig. 34. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode du dédoublement Procédé de Lawson Tait modifié. Disposition des fils profonds et du surjet (Pozzi).

avant et en arrière, par un rideau vaginal et un rideau rectal qu'on écarte avec des pinces (fig. 34).

3^e temps : Avivement. — Reste à réunir, par une suture orientée d'avant en arrière, les surfaces cruentées résultant du dédoublement. Plusieurs procédés peuvent être employés à cet usage.

a) On peut faire une suture à un seul plan, au fil d'argent, identique à celle qui termine la périnéorrhaphie par avivement d'Emmet (voir plus haut); le fil postérieur, le premier placé, réunissant les deux bouts du sphincter anal.

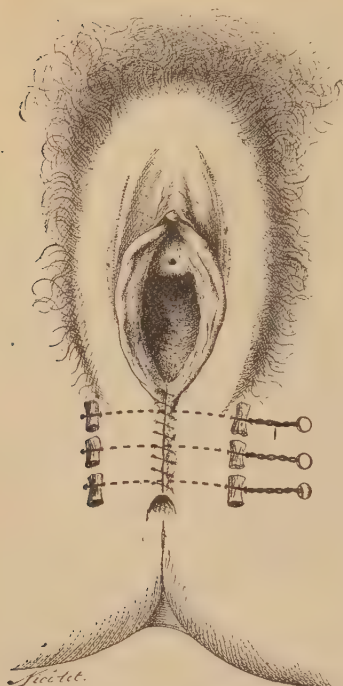


Fig. 35. — Périnéorrhaphie pour rupture complète du périnée. — Méthode du dédoublement. Procédé de Lawson Tait modifié. Opération terminée (Pozzi).

b) On peut employer la suture à deux plans de Pozzi (fig. 35) que nous avons décrite à propos de la périnéorrhaphie par dédoublement dans les ruptures incomplètes (voir à la page 13).

c) On peut enfin faire, comme après l'avivement d'Hégar, trois ordres de sutures : rectales, vaginales et périnéales ; on commence alors par réunir les deux lèvres de la déchirure rectale par des catguts non perforants (suture de Lauenstein) ; des points analogues ferment la déchirure vaginale ; tous ces fils, les rectaux comme les vaginaux, sont noués du côté des surfaces cruentées. On termine par un affrontement périnéal au fil d'argent.

III. COLPORRAPHIES ANTÉRIEURES

Lorsque c'est la paroi vaginale antérieure qui paraît démesurément large et qui bombe au moindre effort, il est indiqué de la rétrécir par excision d'un lambeau muqueux de forme et de dimensions convenables, puis par suture. L'opération ressemble donc beaucoup à la colpoperinéorrhaphie postérieure par avivement, avec cette différence que l'excision muqueuse s'arrête inférieurement au-dessus de l'orifice urétral et qu'on n'agit pas sur le périnée : c'est purement une *colporraphie antérieure*

Ainsi comprise, l'opération est parfois employée seule dans le traitement des cystocèles vaginales, mais surtout elle est très souvent combinée à la colpopérinéorrhaphie postérieure dans le traitement du prolapsus.

1^o Procédé à un seul plan de sutures (Avivement ovalaire de Simon). — Préparation et position de l'opérée, comme pour la colpopérinéorrhaphie.

1^{er} temps : Avivement. — La paroi vaginale postérieure est refoulée par une valve; la paroi antérieure exubérante se trouve bien exposée, à condition d'exercer, au moyen d'une pince, une traction suffisante pour abaisser le col utérin.

Sur cette paroi vaginale antérieure, on va exciser un large lambeau muqueux, de forme losangique ou plutôt ovalaire, car il faut arrondir les angles du losange (fig. 36). On commence par jalonner, avec quatre pinces tire-balles, les quatre angles de ce lambeau : deux pinces sont placées sur la ligne médiane, l'une, immédiatement au-dessous du col utérin, l'autre, immédiatement au-dessus du méat urétral ; les deux autres pinces marquent les extrémités du grand diamètre transverse du lambeau, correspondent donc au milieu de sa hauteur; on les place plus ou moins loin sur les faces latérales du vagin, suivant que l'élargissement de la paroi antérieure est plus ou moins considérable; c'est l'écartement de ces deux pinces latérales qui mesure le rétrécissement que l'on obtiendra : il suffit de rapprocher ces deux pinces jusqu'à les mettre en contact pour connaître le résultat que donnera l'opération.

C'est donc le placement de ces pinces qui est le temps capital

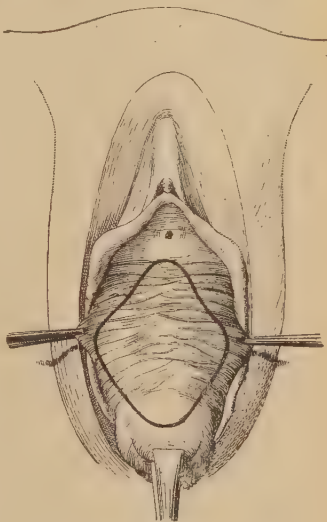


Fig. 36. — Colporraphie antérieure.
Tracé du lambeau.

de la colporraphie antérieure. Le chirurgien n'a plus qu'à les

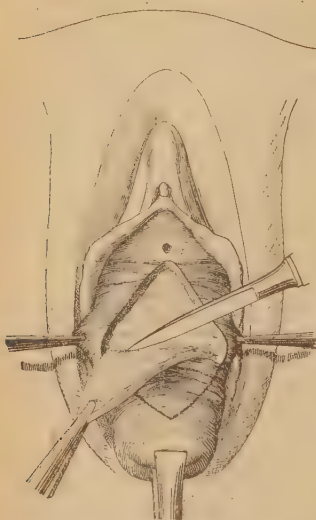


Fig. 37. — Colporraphie antérieure.
Dissection du lambeau.

confier aux aides qui vont s'en servir pour tendre la paroi vaginale antérieure. Lui-même trace alors le contour du lambeau, en réunissant les quatre angles déjà repérés; le bistouri n'intéresse que la muqueuse.

La dissection du lambeau peut être faite aux ciseaux qui ébarbent la muqueuse, ou au bistouri qui la dissèque, d'avant en arrière, autant que possible d'une seule pièce (fig. 37). L'essentiel est d'enlever complètement cette muqueuse dans toute l'étendue de l'avivement; il faut s'en assurer avant de suturer.

Le suintement sanguin qu'entraîne fatalement la dissection du lambeau sera arrêté par le tamponnement ou l'irrigation continue.

2^e temps : Suture. — Il faut maintenant réunir, dans le sens transversal, les deux bords latéraux de l'avivement. On emploiera les points séparés (fig. 38) ou bien le surjet par étages (fig. 39). Dans les cas ordinaires, le catgut est le matériel de choix, car on n'est pas obligé de l'enlever ultérieurement; lorsque l'avivement est très large et que les fils de suture doivent être fortement tendus, on peut employer le fil d'argent qui donne plus de garanties de solidité; mais nous croyons qu'il faut surtout, dans de tels cas, recourir à plusieurs plans de sutures superposés, suivant la technique qui sera décrite plus loin.

On commence par placer successivement tous les fils : on commence à l'angle cervical et on finit à l'angle urétral de l'avivement; chaque point sera distant de ses voisins d'environ 1 centimètre; il pénètre et ressort à 3 ou 4 centimètres des bords de l'avivement et chemine, pendant tout ce trajet, sous la surface cruentée.

Quand tous les fils sont passés, on les noue successivement de haut en bas.

Tamponnement vaginal. Sonde à demeure les premiers jours.

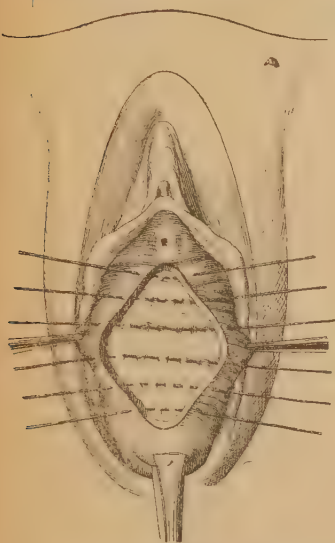


Fig. 38. — Colporraphie antérieure.
Suture à points séparés.

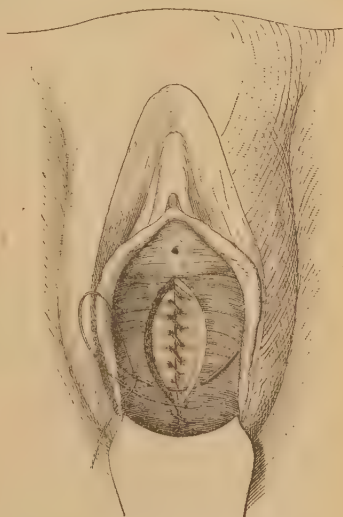


Fig. 39. — Colporraphie antérieure.
Suture en surjet à étages superposés.

On n'a pas à s'occuper de l'ablation des fils si l'on a employé le catgut.

2° Procédé à sutures superposées (colporraphie antérieure à plicature profonde de Lejars).

Il faut, avons-nous dit, lui donner la préférence quand on est obligé de faire un très large avivement et quand, par suite, la suture sera exposée à une forte tension.

L'avivement ne diffère en rien de celui du procédé classique.

La suture se fait à deux plans :

a) Un plan profond qui doit simplement rétrécir la surface cruentée; les fils pénètrent et ressortent donc en pleine surface d'avivement, à une certaine distance de ses bords latéraux. L'emploi du catgut est indispensable, puisque la suture sera abandonnée dans la plaie. On peut employer les points séparés,

comme pour la suture superficielle. Lejars a recommandé le très bon procédé de suture représenté dans les figures 40 et 41 : c'est un double surjet qu'on fait avec un long fil muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités, chaque fil se croise et décrit successivement, dans l'épaisseur de la paroi avivée, des tra-

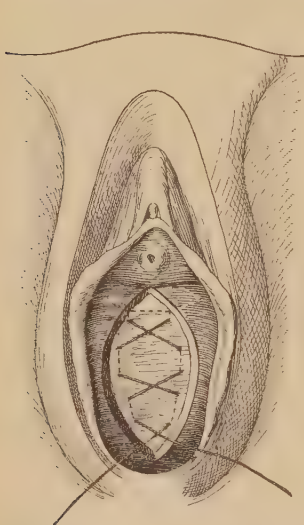


Fig. 40. — Colporrhaphie antérieure. — Procédé à plicature profonde (Lejars).
Disposition des fils.

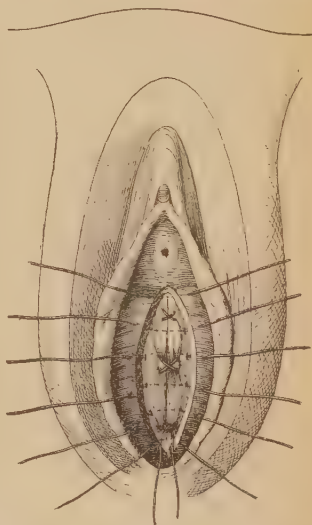


Fig. 41. — Colporrhaphie antérieure. — Procédé à plicature profonde (Lejars).
Plan superficiel.

jets verticaux et horizontaux ; il en résulte un entre-croisement en lacet de bottines ou de corset qui rétrécit fortement la paroi vaginale.

b) Par-dessus cette suture profonde, on fait une série de points superficiels accolant les lèvres de l'avivement (comme dans le procédé à un seul plan de sutures).

3° Avivement triangulaire (Dolérís). — La colporrhaphie antérieure devant rétrécir le vagin, il en résulte que le plus grand diamètre du lambeau à réséquer doit se trouver à l'endroit où la paroi est la plus exubérante. Dans les cas où c'est immédiatement au-dessous du col que se trouve cet excès de paroi, il y a avantage à remplacer l'avivement ovalaire par un avivement triangulaire (fig. 42) à base supérieure. C'est le procédé de

Doléris. L'avivement s'exécute comme dans le procédé classique. Quant aux sutures, elles sont disposées de manière à rappro-

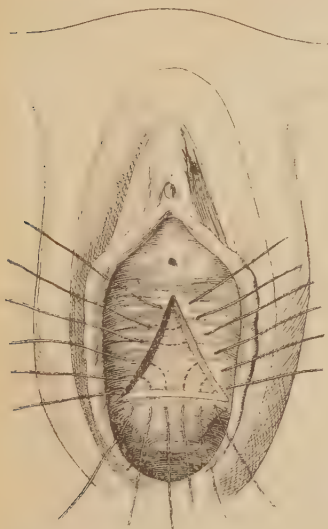


Fig. 42. — Colporraphie antérieure. — Avivement triangulaire. Procédé de Doléris. Disposition des sutures. (Doléris.)

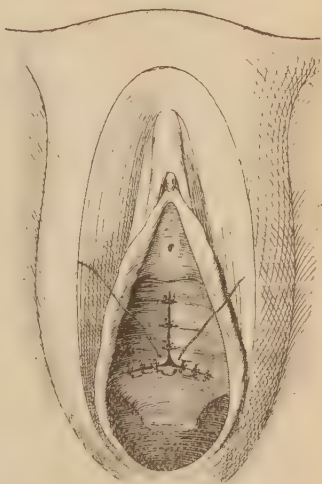


Fig. 43. — Colporraphie antérieure. — Avivement triangulaire. Procédé de Doléris. Opération terminée, (Doléris.)

cher deux à deux les côtés du triangle (fig. 43) et à ce que la cicatrice présente ainsi la forme d'un $\perp$.

CHAPITRE II

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES
VÉSICO-GÉNITALES

On peut observer deux variétés de fistules vésico-génitales, se présentant dans des conditions assez différentes au point de vue thérapeutique pour mériter d'être étudiées isolément. Les plus fréquentes sont les fistules *vésico-vaginales*; les *fistules vésico-utérines* sont beaucoup plus rares.

■

I. TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

En présence d'une fistule vésico-vaginale, l'opération idéale consiste à supprimer l'orifice anormal; on peut y arriver par deux méthodes : l'*avivement* des bords de la fistule ou le *dédoublement* qui consiste à séparer l'une de l'autre, par dissection, les deux parois vaginale et vésicale et à les suturer isolément.

Mais, pour agir ainsi sur la fistule, il faut l'exposer, l'amener à proximité des instruments; d'ordinaire, la *voie vaginale* suffit, mais il faut compter avec les fistules haut situées et impossibles à abaisser et avec les vagins rétrécis et indurés par les cicatrices.

Dans ces cas, l'accès par les voies naturelles est insuffisant et il faut se créer, pour aborder la fistule, des voies artificielles. Celles-ci sont au nombre de deux : la *voie sus-pubienne*, qui conduit, à travers la vessie ou à travers le cul-de-sac vésico-utérin, jusqu'à la fistule, et la *voie ischio-rectale* qui mène sur le dôme vaginal et permet ainsi d'atteindre directement les fistules les plus élevées.

Ces divers procédés ne diffèrent que par la voie d'accès, mais toujours le temps essentiel de l'opération reste le même : c'est

la fermeture directe de l'orifice anormal par avivement ou ~~dédoubl~~édoulement suivi de suture.

A cette méthode directe, méthode de choix, s'oppose la *méthode indirecte* qui consiste à fermer le vagin au-dessous de la fistule (*colpocleisis*) ; c'est un pis-aller : l'opération supprime toute possibilité de fécondation et même, en général, de coït ; la communication définitive de la vessie et du vagin, l'écoulement par la vessie du sang menstruel ne sont pas sans inconvénients, et la cystite, les infections génitales sont fréquentes après l'opération. Malgré ces inconvénients et ces dangers, l'oblitération du vagin reste indiquée dans les cas très mauvais, surtout après échec répété des interventions directes.

En résumé donc, il y a une série de procédés opératoires à appliquer à la série, de gravité graduellement croissante, des fistules : les cas ordinaires, dans lesquels la fistule siège à la partie inférieure ou moyenne du vagin et se laisse facilement abaisser, où le vagin est large, seront traitées par l'opération vaginale ; aux cas déjà plus complexes, dans lesquels la fistule est haute et fixe, le vagin étroit et cicatriciel, la vessie attachée au pubis par des adhérences, s'adressent les voies sus-pubienne et ischio-rectale ; enfin les cas détestables, les échecs d'interventions antérieures relèvent du *colpocleisis*.

Reste à préciser la date à laquelle il faut opérer la fistule vésico-vaginale. Il faut laisser passer les premières semaines après l'accouchement pour que les tissus aient fait leur involution, que leur vascularisation ait diminué et que toute chance d'infection ait disparu : Hegar et Kaltenbach fixent la date de choix entre la 6^e et la 8^e semaine.

Si la malade a déjà subi une tentative opératoire antérieure, restée infructueuse, il faut laisser passer 2 ou 3 mois, avant d'intervenir à nouveau.

A. — Voie vaginale.

Nous avons dit que l'on pouvait employer pour l'oblitération de la fistule, soit l'avivement ou *méthode américaine*, soit le dédoublement ou *méthode française* ou *allemande*.

Mais, quel que soit le procédé choisi, les soins préparatoires et consécutifs à l'opération et, pendant celle-ci, le temps d'abais-

sement et d'exposition de la fistule, restent les mêmes. Nous décrirons donc d'abord la préparation de la malade et le premier temps de l'opération, puis successivement la fermeture de la fistule par chacun des procédés indiqués.

Préparation de la malade. — C'est un temps d'une importance capitale sur lequel Bozeman et, plus récemment, le professeur Berger, à propos d'un cas très difficile et traité avec succès, ont longuement insisté. Il faut le commencer longtemps à l'avance et parfois le poursuivre pendant plusieurs mois.

Ce traitement préparatoire doit s'adresser à l'urètre, dont il faut vérifier la perméabilité et traiter, au besoin, les rétrécissements par la dilatation, et surtout au vagin, rétréci par les brides cicatricielles. Il faut, par les tamponnements répétés ou par l'emploi des boules en aluminium de Bozeman, assouplir et élargir ce vagin « jusqu'à ce que le doigt porté en tous sens, jusqu'à ce que le spéculum bivalve introduit dans toutes les directions ne révèlent plus de bride faisant une saillie anormale dans la cavité vaginale » (Berger).

Ce traitement est long, ennuyeux pour le chirurgien et pénible pour la malade; mais il permet de guérir par l'opération vaginale des cas en apparence très mauvais. Il nous paraît préférable à la pratique de Simon qui sectionne les brides cicatricielles et fait la dilatation immédiate progressive du vagin.

Quant à la préparation immédiate de l'opérée, elle est la même que pour toute opération vaginale : nettoyage du vagin qu'il faut compléter ici par des lavages de la vessie; la malade sera purgée, lavementée, puis constipée, comme avant une périnéorraphie.

Exposition de la fistule. — On a employé, pour cette opération, des positions variées. Celle qui donne incontestablement le plus de jour est la *position gènu-pectorale*, surtout recommandée par Bozeman et Neugebauer; mais elle nécessite une table spéciale, elle est pénible et surtout elle rend l'anesthésie difficile et dangereuse; il faut donc la réserver pour les fistules très hautes et peu abaissables, dans lesquelles elle est indispensable.

Dans les cas ordinaires, la *position dorso-sacrée* avec le siège bien relevé, ou la *position de Sims* (décubitus latéral en demi-pronation) sont amplement suffisantes.

Inutile également, pour s'éclairer, d'avoir recours aux instruments compliqués de Bozeman ou de Neugebauer; il suffit de refouler la paroi postérieure du vagin avec une valve ordinaire, courte et point trop large, pour ne pas distendre les parois vaginales, bien polie pour réfléchir la lumière; mais il peut être très utile d'avoir à sa disposition une source de lumière artificielle, facilement mobile (lampe électrique).

L'abaissement de la fistule se fera au moyen de deux pinces tire-balles, amarrées sur la muqueuse vaginale de chaque côté de l'orifice; si la fistule est haute, il faut en même temps abaisser le col utérin avec d'autres pinces ou, pour ne pas s'encombrer d'instruments, avec deux anses de grosse soie ⁽¹⁾.

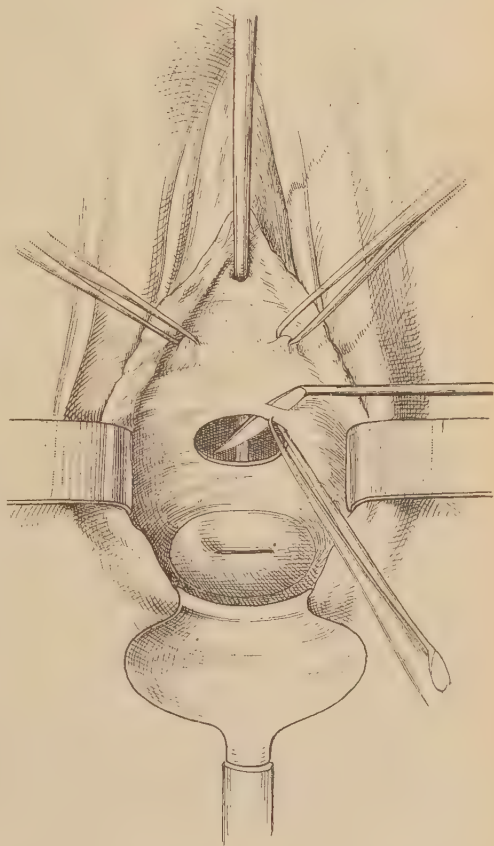


Fig. 44. — Avivement de la fistule vésico-vaginale. (Pozzi.)

Fermeture de la fistule. — 1^o Procédé de l'avive-

(1) Dans ces conditions, la fistule devient facilement accessible aux instruments et il faudrait une étroitesse bien grande de la vulve pour que fût indiqué le *débridement vulvo-vaginal* de Chaput.

ment. — *1^{er} temps : Avivement.* — L'orifice fistuleux étant bien exposé, on en pratique l'avivement (fig. 44) par excision de la muqueuse vaginale sur ses bords : la section doit être très oblique et respecter la muqueuse vésicale (fig. 45) qui saigne

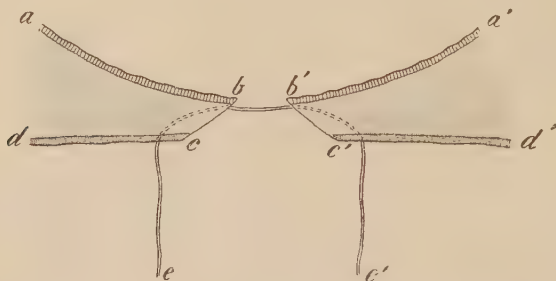


Fig. 45. — Avivement très oblique suivant le procédé américain.
Disposition des fils profonds. (Monod et Vanverts.)

beaucoup (Sims) : on obtient ainsi un entonnoir cruenté très évasé à large ouverture vaginale et à goulot vésical.

Sims, qui fut l'inventeur de la méthode, faisait cet avivement avec des ciseaux courbes pointus ; d'autres préfèrent un bistouri à lame étroite, de forme ordinaire ou coudé sur le plat. En tout cas, il faut avoir soin de bien tendre, devant l'instrument, la muqueuse vaginale qui va être coupée et, pour cela, on la fixe avec un crochet pointu ou une pince à griffes.

On excise successivement deux lambeaux muqueux correspondant l'un à la moitié supérieure, l'autre à la moitié inférieure de l'orifice fistuleux. Il faut s'assurer que l'avivement est partout complet et qu'il ne reste nulle part d'ilot muqueux respecté, pouvant compromettre le parfait accolement des lèvres de la fistule.

2^e temps : Suture. — On emploie pour la faire des aiguilles de Hagedorn fines et courbes (Pozzi) et un porte-aiguilles ; si la fistule est bien abaissée, on peut se servir d'une aiguille de Reverdin courbe. Le meilleur matériel de suture est le fil d'argent fin. On emploiera les points séparés.

La ligne de sutures sera orientée transversalement, dans le sens du grand axe de l'avivement qui est d'ordinaire elliptique.

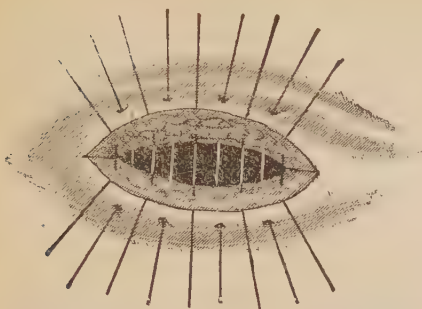


Fig. 46. — Suture de la fistule vésico-vaginale; fils profonds et superficiels en place. (Pozzi.)

des bords de l'avivement, traverse obliquement la surface cruentée, respecte soigneusement la muqueuse vésicale qui ne doit pas être intéressée et ressort à travers l'autre lèvre de la fistule par un trajet semblable. On peut faire tous les points semblables ou bien (fig. 46) faire alterner les fils profonds de soutien, avec des fils superficiels d'affrontement.

Il est parfois délicat, si la fistule est peu abaissée, de serrer les fils d'argent : il peut être nécessaire, ici comme dans la staphylorrhaphie, d'avoir recours

On place d'abord un point médian qui accole les lèvres vaginales, puis, à droite et à gauche, la quantité de points nécessaires, chacun d'eux étant à 5 ou 6 millimètres de ses voisins. Chaque fil pénètre dans la muqueuse vaginale à 5 millimètres

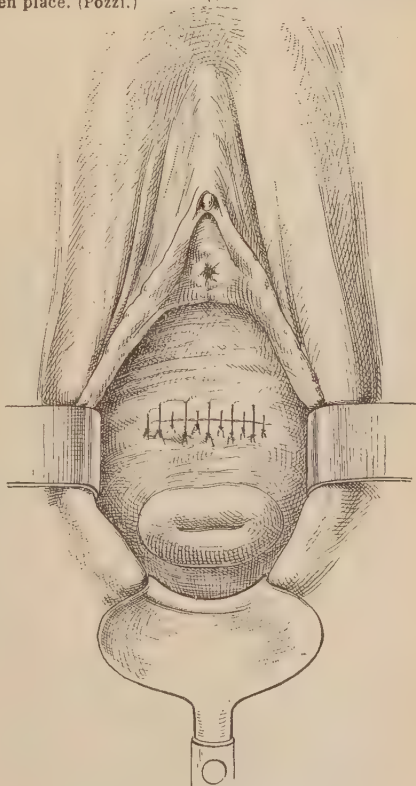


Fig. 47. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé d'avivement. — Opération terminée. (Pozzi.)

à un tord-fils ou d'employer le *fulcrum* de Sims; celui-ci est une petite sonde cannelée montée sur une tige un peu forte. On le manœuvre de la manière suivante : les deux chefs du fil d'argent à nouer sont d'abord engagés dans l'encoche que présente la palette du *fulcrum*, puis cette palette est poussée jusqu'au contact de la fistule; on tire alors légèrement sur les fils, ce qui rapproche exactement les lèvres de l'avivement; puis les fils sont saisis avec une pince à mors plats et coudés, coupés au delà de cette pince et enfin tordus un certain nombre de fois (fig. 47).

2° Procédé du dédoublement. — Imaginé par Dieffenbach, Gerdy, Duboué, puis abandonné en faveur de l'avivement, ce procédé a été repris dans ces dernières années en Allemagne et en France. Ricard et Quénu l'ont particulièrement employé et leur technique est exposée dans la thèse de leur élève Ch. Martin (Paris, 1897), auquel nous empruntons une partie de la description qui va suivre.

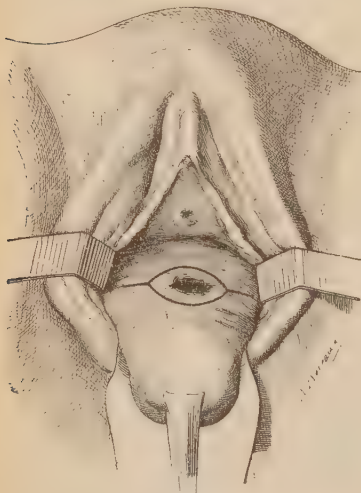


Fig. 48. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Tracé de l'incision.

1^{er} temps : Dédoublement. — On commence par pratiquer une incision, sur tout le pourtour de l'orifice de la fistule, à l'union même de la muqueuse vaginale avec la muqueuse vésicale.

« Puis, prenant solidement avec une pince à griffes

le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision (fig. 48), en pleine muqueuse vaginale et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie, et on creuse ainsi, dédoublant la paroi dans une étendue de 2 à 3 centimètres suivant les cas.

« La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée et, jalonant de pinces les bords vaginaux ainsi libérés, on a sous les

yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux. Il ne faut pas craindre de faire un large avivement en disséquant le plus possible la paroi vésicale. Ce dédoublement crée deux lambeaux mobiles, faciles à affronter par leur surface cruentée. La paroi vésicale, ainsi libérée, est rendue flottante et indépendante de la paroi vaginale. »

Ce dédoublement sera fait au bistouri de préférence aux ciseaux. L'hémorragie, toujours peu abondante, sera arrêtée par la suture et ne réclame pas de ligature.

2^e temps : *Sutures*. — Le dédoublement fait, on se trouve en présence de deux parois distinctes, vésicale et vaginale, qu'il faut suturer séparément. On peut même, à l'exemple de Legueu, orienter différemment ces deux lignes de suture, faire l'une verticale et l'autre transversale.

a) *Suture vésicale*. — Ricard n'en fait point, pour gagner du

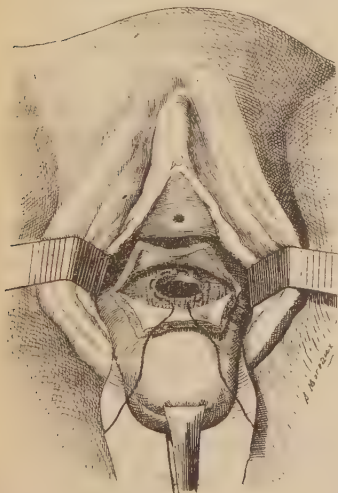


Fig. 49. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Suture vésicale en bourse. (D'après Doyen.)

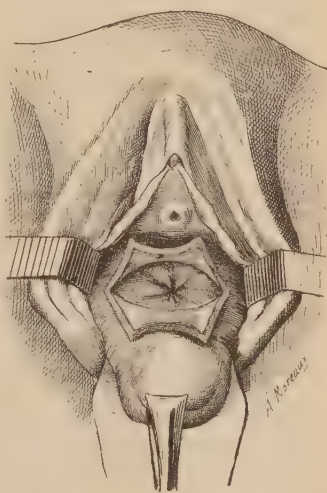


Fig. 50. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Suture vésicale terminée (D'après Doyen.)

temps; mais tous les autres opérateurs préfèrent fermer isolé-

ment la vessie, soit par une suture (fig. 49) en bourse (Doyen, Berger), soit par des points séparés; en tout cas, on emploiera, pour cette suture perdue, le catgut et on aura soin de faire les points non perforants, car il faut éviter la pénétration des fils dans la cavité vésicale (fig. 50).

b) *Suture vaginale.* — Par-dessus cette première réunion, on place de nouveaux fils (crins de Florence ou fils d'argent

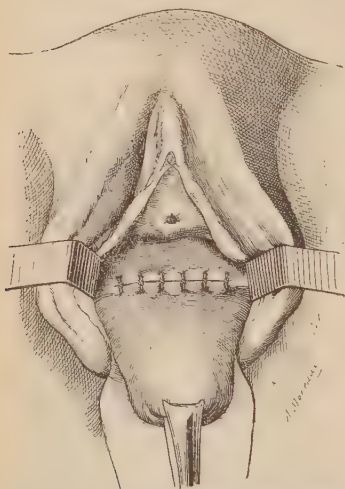


Fig. 51. — Cure de la fistule vésico-vaginale par le procédé du dédoublement. — Opération achevée. (D'après Doyen.)

fin), pour affronter les lambeaux de la muqueuse vaginale. Il faut avoir soin de « traverser ces lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement : après la torsion des fils, on constate un bourrelet vaginal (fig. 51) semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin ».

Lorsque la fistule est très large, la suture ne peut se faire qu'en attirant fortement l'une vers l'autre les lèvres de l'orifice; pour éviter une traction trop considérable sur les lambeaux et leur section consécutive par les fils, il faut,

dans des cas de ce genre, avoir recours à des *incisions libératrices*. La meilleure est l'incision du cul-de-sac antérieur du vagin qui permet de décoller la vessie du vagin et de mobiliser complètement la lèvre supérieure de la fistule (Brang, Kelly).

Soins consécutifs. — La suture terminée, il faut d'abord en vérifier l'étanchéité. Pour cela, on fait, la malade étant encore en position opératoire, une injection intravésicale d'eau boriquée sous très faible pression; si l'on voit le liquide sourdre en un point de la ligne de suture, il faut mettre à ce niveau un fil supplémentaire.

Le vagin est tamponné par une mèche non serrée. Sonde à demeure pendant les 2 ou 3 premiers jours; puis cathétérisme

régulier, toutes les 3 heures; la malade n'urinera seule que le 12^e jour. Il faut, en outre, faire des lavages de la vessie plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que l'urine soit devenue parfaitement claire.

Opium pendant 4 ou 5 jours.

Ablation des fils, le 10^e jour. L'opérée commencera à se lever au bout de 15 jours.

B. — Voie sus-pubienne.

On peut, par cette voie, atteindre la fistule de trois manières différentes : la plus simple, employée par Trendelenburg et par nombre de chirurgiens après lui, consiste à ouvrir la vessie et à arriver ainsi directement sur l'orifice vésical de la fistule; *c'est la voie transvésicale*. On peut aussi, comme Dittel, ouvrir le péritoine, aller chercher le cul-de-sac vésico-utérin, au fond duquel on incise transversalement la séreuse, puis décoller la vessie du col utérin et du vagin, jusqu'à la fistule : *c'est la voie transpéritonéale*. On peut enfin, comme Bardenheuer, n'ouvrir ni la vessie, ni le péritoine, mais décoller celui-ci de la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, puis dédoubler la cloison vésico-vaginale jusqu'à la fistule.

Ce dernier procédé n'a été employé que par son auteur. Nous le croyons bien indirect et nous préférons le procédé transvésical de Trendelenburg ou le procédé transpéritonéal suivant la technique qu'en a donnée Forgeue qui a eu plus spécialement en vue les fistules juxta-cervicales. (V. plus loin).

I. VOIE TRANSVÉSICALE

Technique opératoire. — Position de Trendelenburg. Il est, bien entendu, impossible de distendre la vessie par une injection; on aura avantage, pour se repérer, à y introduire une sonde.

Quelques opérateurs ont mis un ballon de Pétersen, soit dans le rectum (Duplay), soit dans le vagin (Teynac); cette pratique nous paraît inutile.

1^{er} temps : *Incision de la paroi abdominale et ouverture de*

la vessie ⁽¹⁾. — L'incision transversale (Trendelenburg, Baumm), la symphyséotomie sont habituellement inutiles. On fera l'incision médiane et verticale, quitte à débrider de chaque côté les muscles droits, si cela paraissait nécessaire.

Dès que l'aponévrose a été coupée au niveau de la ligne blanche, on arrive sur la graisse prévésicale. Il faut faire une grande attention pour éviter la blessure du cul-de-sac péritonéal prévésical, d'autant que la vessie n'est pas distendue; on reconnaîtra donc le bourrelet transversal formé par ce cul-de-sac et la graisse qui le double et on le refoulera avec le doigt.

La face antérieure de la vessie étant ainsi découverte, on l'incise verticalement, on en repère les lèvres par deux anses de fil et on met en place un large écarteur bivalve qui expose bien la paroi postérieure de l'organe.

2^e temps : Avivement de la fistule. — La difficulté est de bien exposer l'orifice vésical de la fistule; on y arrive en faisant soulever le bas-fond par le doigt qu'un aide introduit dans le vagin et en s'éclairant au besoin avec une lampe électrique.

A l'avivement simple des bords de l'orifice, nous préférons le dédoublement, préconisé par Duplay; au moyen d'une longue pince à dents de souris et d'un étroit bistouri coudé sur le plat, on séparera la paroi vésicale de la paroi vaginale, tout autour de la fistule, dans une étendue de 4 ou 5 millimètres.

3^e temps : Sutures. — Comme dans l'opération par le vagin, il faut faire deux plans de sutures au catgut, à points séparés : le premier sur la paroi vaginale, le second sur la paroi vésicale. L'exécution de ces sutures est toujours délicate, en raison de la profondeur à laquelle on opère; les petites aiguilles courbes d'Hagedorn, montées sur un bon porte-aiguilles, l'aiguille à pédale de Reverdin seront habituellement employées; dans les cas difficiles, on pourra, suivant le conseil de Ch. Martin, utiliser avec avantages l'aiguille en hameçon que Trélat a fait construire pour la staphylorrhaphie.

4^e temps : Fermeture de la vessie. — Deux conduites sont de mise suivant les cas et suivant les goûts de l'opérateur.

On peut réunir complètement la plaie vésicale et, par-dessus,

(1) Voir, pour plus de détails, la technique de la taille hypogastrique dans la *Chirurgie de l'appareil urinaire*, par Pierre Duval.

suturer l'aponévrose et la peau, se contentant d'une sonde à demeure pour assurer le drainage.

Il vaut mieux ne réunir que partiellement les incisions vésicale et pariétale et établir un drainage sus-pubien de la vessie au moyen des tubes de Guyon-Périer.

II. VOIE TRANSPÉRITONÉALE

Technique opératoire. (Procédé de Forgue).

La malade est mise en position déclive très accentuée. On

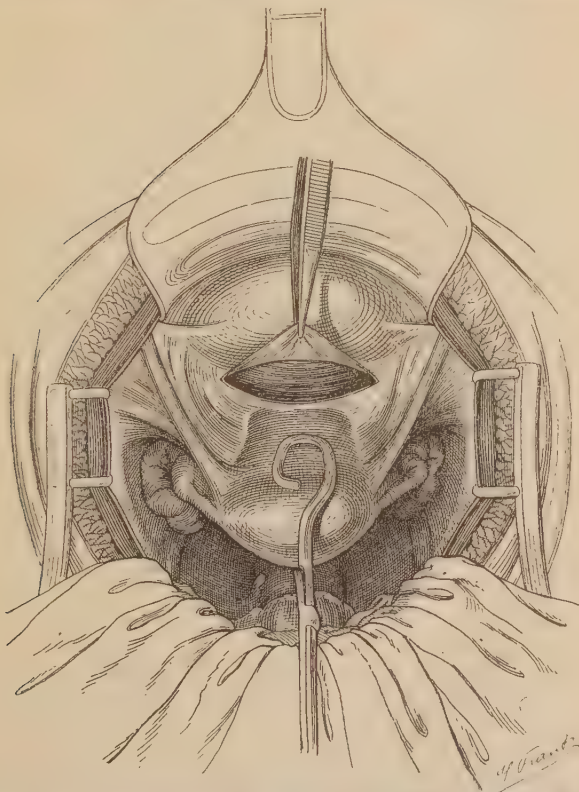


Fig. 52. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. (D'après Forgue.)

pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale suivant la

pratique habituelle (V. plus loin). Après pose de la valve sus-pubienne, l'abdomen étant soigneusement garni de compresses, le fond de l'utérus est saisi au moyen d'une pince non offensante, telle que la pince de Cullen ou mieux l'hystérolabe de Dartigues, et fortement attiré en haut; le cul-de-sac vésico-utérin est largement incisé, en travers, en empiétant sur la face antérieure des ligaments larges (fig. 52).

Sous l'action de la pince attirant l'utérus vers le haut, et à

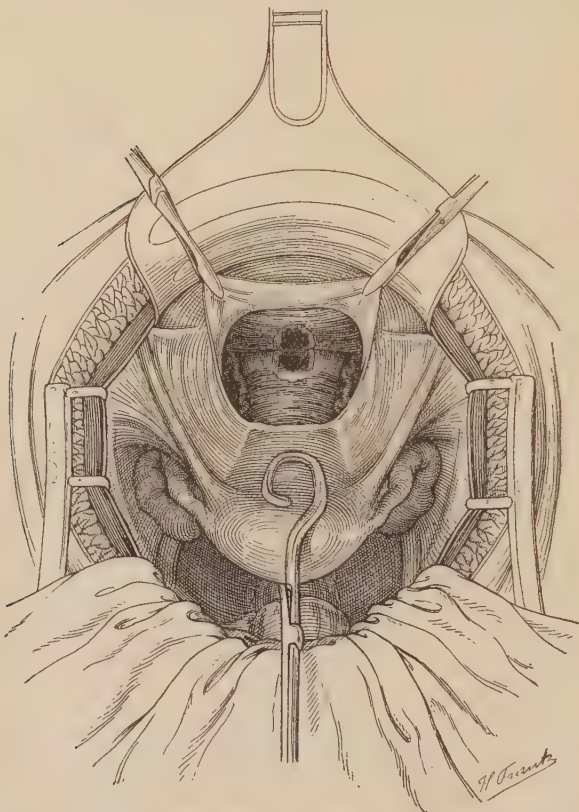


Fig. 53. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Mise à nu de la fistule par dédoublement du cul-de-sac vésico-utérin. (D'après Forgue.)

la faveur de cette ascension, on peut avec netteté libérer à

coups de ciseaux les brides fibreuses unissant dans ces cas le bas-fond vésical à la paroi antérieure de l'isthme et du col utérin. Cette dissection doit être conduite très prudemment.

Peu à peu pendant que deux pinces fixent et tendent en avant la paroi antérieure du cul-de-sac ainsi dédoublé, et que l'uté-

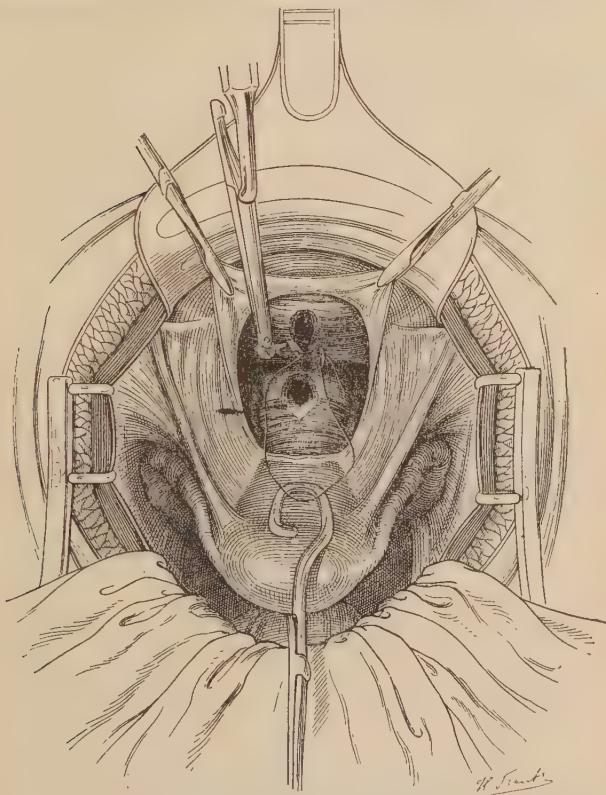


Fig. 54. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Fermeture isolée des deux orifices au moyen d'un surjet total. (D'après Forgue.)

rus est tiré en arrière, la région cervicale se libère entièrement mettant à nu la fistule dans le cas de fistule utéro-vésicale, ou rendant le cul-de-sac vaginal accessible si la fistule est plus bas située. Dans un cas comme dans l'autre, après avoir strictement limité le champ opératoire pour éviter l'effusion d'urine.

la fistule est largement exposée (fig. 53). Le dédoublement vésico-utérin et vésico-vaginal est poursuivi par dissection progressive au delà de la fistule, jusqu'à ce que les deux orifices, *vésical* et *génital*, en soient parfaitement isolés et mobilisables. Chacun d'eux est alors avivé et oblitéré (fig. 54). Cette ferme-

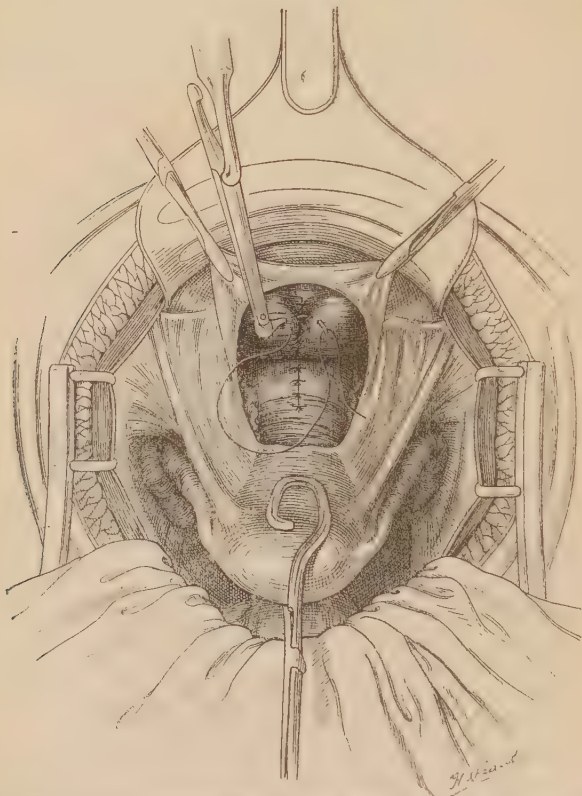


Fig. 55. — Cure transpéritonéale des fistules vésico-utéro-vaginales. Surjet d'enfouissement. (D'après Forgue.)

ture se fait au moyen d'une suture à deux étages au catgut : un premier surjet total, et un deuxième surjet d'enfouissement (fig. 55). Par-dessus tout le péritoine est ramené et le cul-de-sac vésico-utérin est fermé au moyen d'un surjet au catgut. Suture de la paroi abdominale. Petit drain de sûreté

au besoin. Forgeue préconise la position latérale et même si possible ventrale pendant que se consolide l'oblitération.

C. — Voie ischio-rectale.

Ce procédé peut rendre de grands services dans les fistules haut situées. Il a été imaginé par Michaux, qui l'a employé avec succès dans un cas et en a décrit la technique au 6^e Congrès français de Chirurgie (1892). Voici comment il opère :

Position de la malade. — « La malade est couchée sur le côté, le siège débordant légèrement le bord de la table d'opéra-

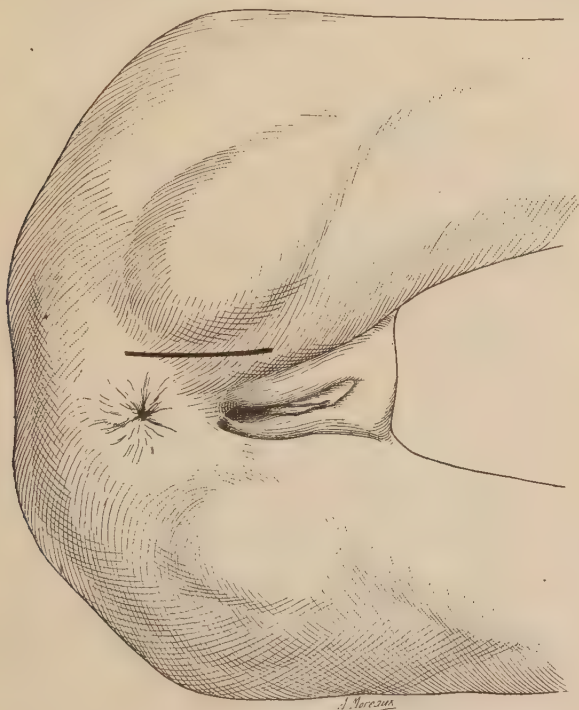


Fig. 56. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. Procédé de Michaux. Tracé de l'incision.

tion, les deux cuisses fléchies au delà de l'angle droit sur le corps, la cuisse supérieure un peu plus fléchie que l'inférieure;

un aide les maintient dans cette position, le tronc et la tête sont inclinés en avant; le chloroformisateur, placé du même côté que les cuisses, surveille facilement l'anesthésie. »

Si la fistule siège plutôt à droite, on opérera par la fosse ischio-rectale gauche, et inversement.

1^{er} temps : Incision périnéale. — On trace une incision de 10 centimètres, parallèle au sillon interfessier (fig. 56) et située à un bon travers de pouce (25 millimètres environ), au-dessus de ce sillon, commençant, en arrière, à peu près au niveau de l'anus et finissant, en avant, à peu près au point de croisement de la grande lèvre et de l'arcade ischio-pubienne.

On tombe aussitôt dans la graisse ischio-rectale et, quittant le bistouri pour ne plus se servir que du doigt ou d'un instru-



Fig. 57. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. Procédé de Michaux. Recherche du vagin.

ment mousse, on décolle cette graisse, on la refoule (fig. 57) en haut (vers la tubérosité ischiatique), et on la maintient par un large écarteur; ménager en arrière les vaisseaux et nerfs hémorroïdaux inférieurs qui vont au sphincter de l'anus.

On aperçoit bientôt, dans le fond de la plaie et en avant, la partie supérieure de la face latérale du vagin recouverte par le muscle releveur de l'anus qui croise perpendiculairement le canal génital; on effondre ces fibres.

2^e temps : Incision du vagin. — Sur un doigt introduit dans le vagin, on ponctionne au bistouri la paroi latérale de cet organe, à 3 ou 4 centimètres du col (fig. 58), puis on agrandit l'incision aux ciseaux. « Il importe beaucoup que cette incision

10716 1920

LIB. AR.

soit faite exactement sur la ligne médiane de la face latérale.

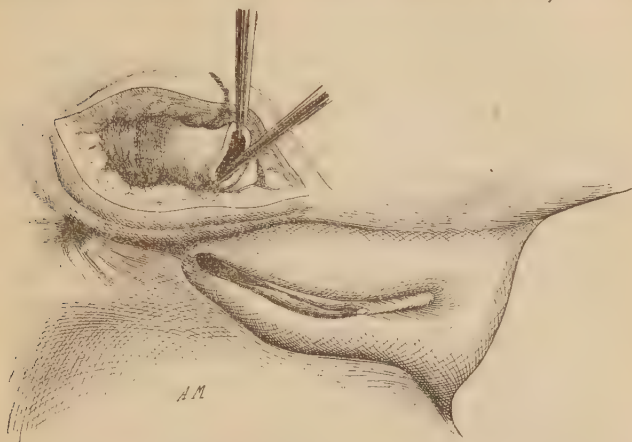


Fig. 58. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio-rectale. Procédé de Michaux. Ouverture du vagin.

afin d'avoir deux volets égaux, que l'on saisit à l'aide de longues

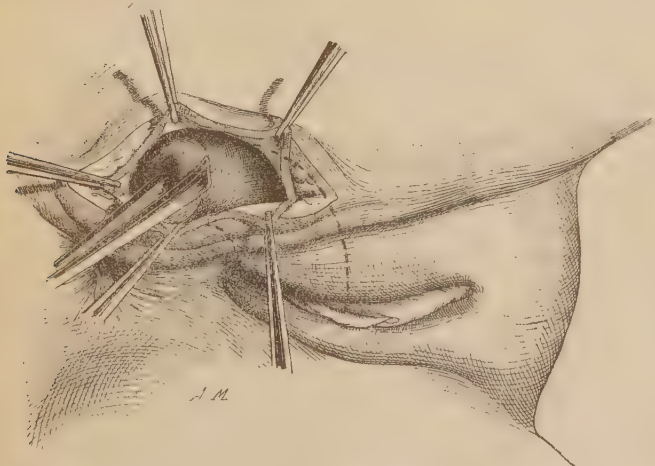


Fig. 59. — Opération de la fistule vésico-vaginale par voie ischio rectale. — Procédé de Michaux. Le champ opératoire est étalé et le col de l'utérus attiré hors du vagin.

pinces à forcipressure, qui servent à maintenir largement béante

la fenêtre vaginale »; en même temps, une pince tire-balles fixe le col et l'attire (fig. 59), pour ainsi dire, hors du vagin.

Dans la plupart des cas, une incision vaginale de 6 à 8 centimètres suffit amplement (elle a suffi chez l'opérée de Michaux), et elle donne « un jour et une vue véritablement surprenante sur le col de l'utérus, la région juxta-cervicale et toute la partie supérieure de la paroi vésico-vaginale, particulièrement du côté opposé à la voie ischio-rectale suivie ». S'il était nécessaire, on pourrait, d'ailleurs, prolonger sans inconvénient cette incision vaginale jusqu'à la vulve.

3^e temps : *Fermeture de la fistule*. — Par les procédés ordinaires (avivement ou dédoublement), comme dans l'opération par la voie vaginale.

4^e temps : *Suture de l'incision vaginale*, par un surjet de catgut.

5^e temps : *Suture de la fosse ischio-rectale et du périnée*, par des points superficiels et profonds au crin de Florence. Drainage de la fosse ischio-rectale par une petite mèche de gaze, laissée en place pendant 48 heures.

D. — Fermeture indirecte de la fistule vésico-vaginale : Colpocleisis.

C'est à l'oblitération du vagin au-dessous de la fistule qu'on peut recourir en dernier ressort, après échec répété des procédés de traitement direct de la fistule.

Cette opération est préférable à l'*épisiorrhaphie* de Vidal (de Cassis), c'est-à-dire à la fermeture de la vulve par avivement et suture des grandes lèvres.

Elle est surtout préférable à l'*oblitération rectale de la vulve* (Baker Brown, Rose), qui consiste à suturer hermétiquement l'orifice vulvaire dans toute son étendue, après avoir établi une fistule recto-vaginale artificielle, pour assurer l'écoulement dans l'intestin de l'urine et du sang menstruel. Cette opération ne serait indiquée que dans les cas de destruction du col de la vessie compliquant la fistule vésico-vaginale, lorsque le colpocleisis n'empêche pas l'incontinence d'urine; mais les résultats fonctionnels sont si mauvais, le danger d'infection urinaire et

génitale est si grand, que mieux vaut, dans de tels cas, s'abstenir de toute intervention.

1^{er} temps : Incisions vaginales et avivement. — On trace, sur toute la circonférence du vagin, deux incisions circulaires limitant l'excision de la muqueuse qui va servir d'avivement. L'incision supérieure sera faite le plus haut possible, au-dessous de la fistule, mais *en tissu sain*, ce qui oblige souvent à la rapprocher beaucoup de la vulve; l'incision inférieure sera parallèle à la première, à 2 ou 3 centimètres au-dessous.

Ces incisions, qui n'intéressent que la muqueuse, seront, **non** pas horizontales, mais obliques en bas et en avant : on peut, en effet, remonter beaucoup plus sur la paroi postérieure, saine, du vagin que sur sa paroi antérieure; on crée ainsi, à la partie inférieure conservée du canal génital, une sorte de cul-de-sac postérieur, quelquefois suffisant pour permettre le coït.

On dissèque ensuite le lambeau muqueux circulaire limité par ces deux incisions, en ayant bien soin de ne crever ni la vessie, ni le rectum. Hémostase de la surface cruentée.

2^e temps : Suture. — Il faut passer successivement le fil dans chacune des parois, antérieure et postérieure, du vagin. L'aiguille pénètre au niveau d'une des faces du vagin, à la partie inférieure de l'avivement, chemine sous toute la surface cruentée et ressort à la partie supérieure; elle ramène l'un des chefs du fil. Puis, sur la face opposée, elle décrit un trajet identique et ramène l'autre chef (fig. 60).

On place ainsi le nombre de fils nécessaires pour bien accoler les deux faces du conduit génital et on les noue. Quelques points superficiels complètent l'occlusion.

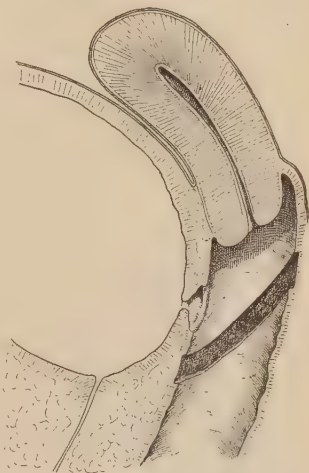


Fig. 60. — Colpocleisis. — Coupe schématique. Avivement circulaire du vagin. (J.-L. Faure.)

II. TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES

Il faut, avec Pozzi, distinguer deux espèces de fistules vésico-utérines qui se présentent dans des conditions bien différentes

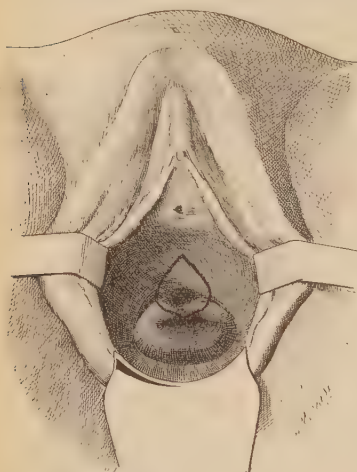


Fig. 61. — Fistule juxta-cervicale superficielle. — Tracé de l'avivement.

au point de vue thérapeutique : les unes, *fistules juxta-cervicales* (fistules vésico-utéro-vaginales de Jobert), ne sont que des fistules vaginales très haut situées, tangentes au museau de tanche, qui, plus ou moins entamé et détruit, forme la lèvre supérieure (fig. 61) de l'orifice fistuleux ; les autres, *fistules intra-cervicales* (fistules vésico-utérines vraies), n'ont rien à voir avec le vagin et réalisent une communication directe entre la vessie et la cavité du col utérin.

Le traitement de chacune de ces variétés doit être étudié à part ; nous retrouvons, pour chacune d'elles, les deux méthodes générales que nous avons décrites à propos des fistules vésico-vaginales : la *méthode directe*, avivement et suture de l'orifice fistuleux suffisante pour les fistules superficielles, la *méthode indirecte*, fermeture du canal génital au-dessous de la fistule, souvent nécessaire pour les fistules profondes.

A. — Traitement des fistules juxta-cervicales.

1° *Méthode directe*. — C'est l'avivement de l'orifice, suivi d'une suture hermétique (fig. 62) parfois très difficile à exécuter. Aussi est-il souvent préférable de dédoubler la cloison vésico-cervicale, ce qui permet de mobiliser les lèvres de la fistule. On suture ensuite isolément (fig. 62) la perforation

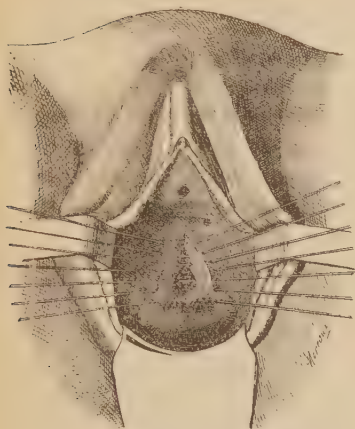


Fig. 62. — Fistule juxta-cervicale superficielle. — Procédé de l'avivement. Disposition des sutures.



Fig. 63. — Procédé mixte : avivement et dédoublement. Fermeture en bourse de l'orifice vésical. (D'après Doyen.)

vésicale et la brèche utérine. Si la fistule et le col utérin se laissent abaisser, on peut opérer par les voies naturelles; dans le cas contraire, il est possible d'avoir accès sur la fistule par la voie sus-pubienne ou ischio-rectale.

La grande cause d'échec dans cette opération, est l'avivement de la lèvre antérieure du col, amincie et sclérosée, et le passage des fils dans cette lèvre. Aussi convient-il dans ces cas d'employer le procédé transpéritonéal de Forgue (Voir plus haut page 45) qui trouve ici parfaitement son indication plutôt que de recourir à la méthode indirecte : l'hystérocleisis vésical.



Fig. 64. — Traitement de la fistule juxta-cervicale profonde par l'hystéro-cleisis vésical.

2° Méthode indirecte : Hystérocleisis vésical. — C'est

l'incarcération du col utérin dans la vessie, opération imaginée

par Courty. Elle consiste à aviver, d'une part la lèvre inférieure de la fistule, d'autre part la lèvre postérieure du col utérin ou la partie voisine du cul-de-sac vaginal postérieur, puis à suturer (fig. 64) ensemble ces deux surfaces avivées.

On emprisonne ainsi l'extrémité inférieure de l'utérus dans la vessie, en se servant du museau de tanche comme d'un obturateur destiné à combler la perte de substance. Le sang des règles s'écoule par la vessie; le vagin conserve à peu près sa profondeur normale.

B. — Traitement des fistules intra-cervicales.

1^o Méthode directe : oblitération de la fistule. — On peut l'obtenir par l'un des trois procédés que voici :

a) *Opération par les voies naturelles.* — Le vagin étant dilaté,

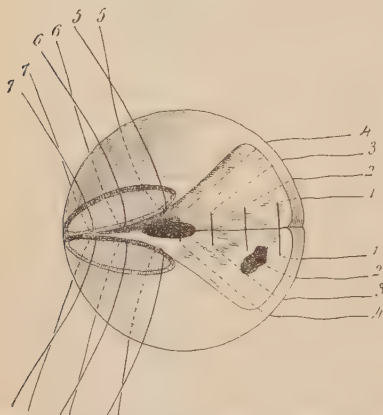


Fig. 65. — Opération de la fistule urinaire intra-cervicale latérale. — Procédé de Sanger : 1,1; 2,2; 3,3; 4,4, anses de fil qui servent à oblitérer la fistule en rapprochant les deux valves utérines; 5,5; 6,6; 7,7, sutures réunissant la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse du museau de tanche de façon à éviter tout rétrécissement.

on abaisse le col avec des pinces tire-balles; puis on fait, sur chaque côté de son orifice externe, une incision transversale allant jusqu'à l'insertion du vagin; ceci permet de diviser le col en deux valves mobiles, antérieure et postérieure, et d'ouvrir largement la cavité cervicale. La valve antérieure renferme la fistule qui est bien exposée et facilement accessible aux instruments. On ferme alors l'orifice anormal par avivement et sutures.

Puis on réunit l'une à l'autre les deux valves cervicales : d'un côté (celui où siège la fistule, si celle-ci n'est pas exactement médiane), on accole toute l'épaisseur de ces valves par

de fortes anses de fil ; de l'autre, pour éviter un rétrécissement de l'orifice externe, il est bon, suivant la pratique de Sânger (fig. 65), de réunir par des points superficiels la muqueuse du canal cervical à la muqueuse vaginale qui tapisse le museau de tanche.

b) Opération par la voie sus-pubienne. — Le procédé de Forgeue, que nous avons décrit plus haut, nous paraît ici capable de donner de très beaux succès. Après laparotomie et ouverture du péritoine, on inciserait en travers le fond du cul-de-sac vésico-utérin, puis on séparerait facilement la vessie du col utérin jusqu'à la fistule : suture isolée des deux parois vésicale et cervicale.

c) Procédé de Follet⁽¹⁾. — Follet (de Lille) est arrivé au même résultat (clivage des parois vésicales et utérine) sans ouvrir le péritoine, en employant la technique suivante qui lui a donné un succès dans une fistule vésico-utérine haut située.

L'urètre ayant été préalablement dilaté, on commence par introduire l'index gauche dans la vessie. Puis on abaisse à la vulve le col utérin et, en avant de lui, on incise le cul-de-sac antérieur du vagin ; par cette incision, on décolle les parois vésicale et utérine l'une de l'autre, jusqu'à la fistule : pendant cette manœuvre, le doigt intravésical « apprécie très exactement les progrès et les détails de ce décollement ; bientôt ce doigt, pratiquant l'éversion de la paroi postérieure de la vessie dont il se coiffe pour ainsi dire, fait apparaître, à la vulve, cette paroi trouée de la boutonnière fistuleuse ».

Rien n'est alors plus facile que de suturer cette boutonnière vésicale par des catguts non perforants. — Suture de la plaie vaginale.

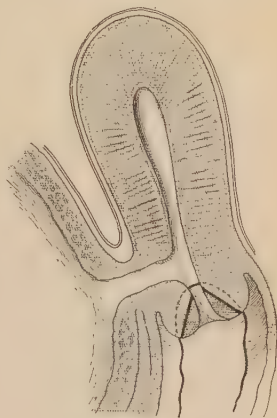


Fig. 66. — Fistule intra cervicale.
Hystéro-stomaco-cleisis

(1) Champnoy, von Herff ont employé une technique assez analogue

2° Méthode indirecte : Hystéro-stomato-cleisis. — C'est la fermeture de l'orifice externe du col. Il est facile de comprendre que, bien que créant aussi une stérilité définitive, cette opération a moins d'inconvénient que le colpocleisis ; il faut toutefois que l'orifice fistuleux soit assez large pour que le sang menstruel passe sans difficulté dans la vessie.

L'exécution est des plus simples : deux pinces tire-balles attirent le col à la vulve ; le bistouri avive la surface interne du col en enlevant des « copeaux » de tissu utérin comprenant la muqueuse et la couche musculaire la plus profonde ; on rapproche les surfaces cruentées (fig. 66) par trois points de suture antéro-postérieurs (un médian et deux latéraux) prenant toute l'épaisseur des lèvres du col.

CHAPITRE III

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES RECTO-VAGINALES

L'abord de la fistule par la *voie rectale* et par la *voie sacrée* sont aujourd'hui définitivement abandonnés : ces méthodes n'ont que des inconvénients.

Le chirurgien a donc, à l'heure actuelle, le choix entre deux grandes classes de procédés : d'une part, l'intervention par les voies naturelles, c'est-à-dire par le vagin, et d'autre part l'intervention par le périnée.

Dans l'opération par la *voie vaginale*, la fistule, ayant été exposée et abaissée le plus possible, on la ferme par des procédés très analogues à ceux qui ont été décrits précédemment dans la cure des fistules vésico-vaginales.

Dans l'opération par la *voie périnéale*, on atteint l'orifice fistuleux par section ou dédoublement du périnée et on ferme la communication anormale entre le vagin et l'intestin, soit par des sutures superposées comme dans le traitement d'une suture

complète du périnée, soit en abaissant le rectum de façon à pouvoir en réséquer la portion malade (procédé de Segond).

D'une façon générale, on préfère la voie périnéale : elle comprend, comme nous le verrons, plusieurs procédés d'indications et d'exécution différentes, applicables par conséquent à toutes les variétés de fistules recto-vaginales, faciles ou difficiles. La voie vaginale, au contraire, n'est de mise que pour les fistules qui ne sont pas trop haut situées, s'abaissent facilement, et lorsque la vulve est large et le vagin dilatable ; dans ces conditions, elle peut donner d'excellents résultats.

A. — Voie vaginale.

Les premières manœuvres opératoires (exposition de la fistule) se font toujours de la même façon ; mais, une fois en présence de l'orifice anormal, on peut en exécuter l'occlusion de trois manières différentes : *par l'avivement*, — *par le dédoublement* (ces deux méthodes sont ici les mêmes que dans les fistules vésico-vaginales), — *par l'autoplastie par glissement*, suivant la pratique de Fritsch et du professeur Le Dentu.

Préparation de la malade. — Purgation et lavement l'avant-veille de l'opération, puis opium.

Grands lavages du rectum la veille et immédiatement avant l'intervention. Désinfection soigneuse du vagin.

Il n'est pas question ici d'un traitement préparatoire (dilatation et assouplissement du vagin) analogue à celui dont nous avons parlé dans la cure de la fistule vésico-vaginale, car, toutes les fois que le vagin est rétréci par des brides cicatricielles, il faut recourir à la voie périnéale.

Exposition de la fistule. — La malade est opérée dans la position dorso-sacrée avec le siège suffisamment relevé.

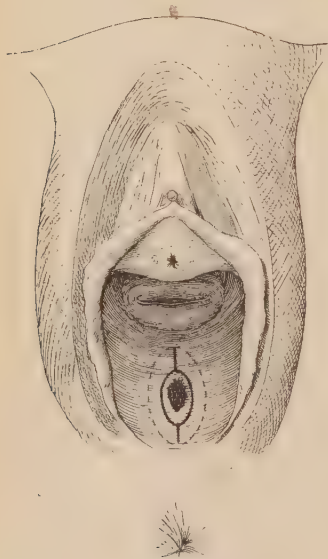
Une valve courte soulève la paroi antérieure du vagin. Deux pinces tire-balles sont fixées à la muqueuse de chaque côté de l'orifice fistuleux et servent à l'abaisser le plus possible.

1^o Procédé de l'avivement. — 1^{er} temps : *Avivement.* —

Il se fait au bistouri ou aux ciseaux, de la manière décrite au chapitre précédent. Il faut le faire profond et large et obtenir une sorte d'entonnoir cruenté, dont le goulot soit à l'orifice rectal de la fistule. Ne pas se préoccuper de l'hémorragie qui sera arrêtée par la striction des fils de suture.

2^e temps : Suture. — Un seul plan de fils d'argent, ne pénétrant pas dans la lumière de l'intestin ; les fils doivent entrer et sortir à 3 ou 4 millimètres en dehors de l'avivement et cheminer profondément, sous toute l'étendue des surfaces cruentées, de manière à les accoler largement ; il faut les placer tous avant de les nouer.

2^o Procédé de dédoublement. — **1^{er} temps : Dédoublement.**



— La fistule étant bien fixée et étalée par deux pinces, on fait à son niveau une incision circonférentielle, à l'union des parois rectale et vaginale ; puis on incise la muqueuse vaginale, sur une longueur de 10 à 12 millimètres, à chaque extrémité du grand diamètre de la fistule (fig. 67). Grâce à ces incisions, on peut séparer la paroi vaginale du rectum dans une certaine étendue : 1 à 2 centimètres au moins.

Les deux petits lambeaux vaginaux, ainsi disséqués, découvrent la paroi rectale, avec en son centre l'orifice fistuleux.

Fig. 67. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement Contour des lambeaux.

2^e temps : Suture de la perforation rectale. — On la fait avec des catguts non perforants. Si l'orifice est de petites dimen-

sions, il suffit de faufiler tout autour, dans l'épaisseur de la paroi rectale et sans traverser la muqueuse, un fil en bourse. Si la fistule est plus large, on la fermera avec un plus ou moins grand nombre de points séparés (fig. 68) à la manière de

Lauenstein (voir Traitement des ruptures complètes du périnée).

3^e temps : *Suture du vagin*. — Le fil d'argent est ici préférable. Comme nous l'avons dit à propos du dédoublement des fistules vésico-vaginales, il faut avoir soin de faire passer les fils à la base même des lambeaux muqueux de façon à affronter exactement ceux-ci (fig. 69 et 70) et à éviter tout espace mort.

4^e temps : *Suture rectale complémentaire*. — Cette suture n'est pas indispensable. Sânger l'a proposée et faite dans le but d'empêcher les matières fécales de s'insinuer entre les surfaces affrontées.

Pour l'exécuter, on commence par dilater l'anus (avec les pouces ou le spéculum) ; puis l'index gauche, introduit dans

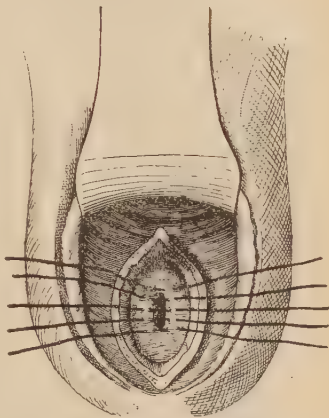


Fig. 68. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Passage des fils profonds.

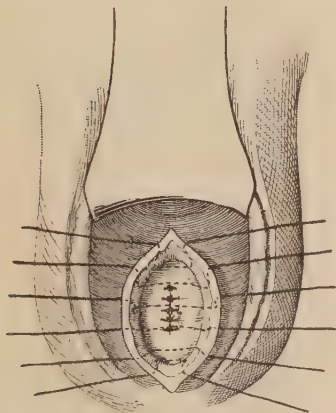


Fig. 69. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Disposition des fils à la base des lambeaux vaginaux.

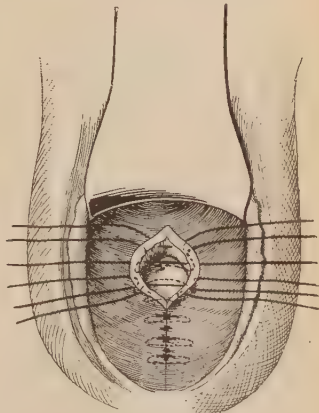


Fig. 70. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Mode d'affrontement des lambeaux vaginaux.

le vagin, refoule et éverse la paroi rectale antérieure, de façon à faire apparaître à l'anوس l'orifice fistuleux (fig. 71). Cet orifice est déjà suturé profondément, mais la perforation muqueuse reste béante : rien n'est plus facile que de la fermer par trois ou quatre points.

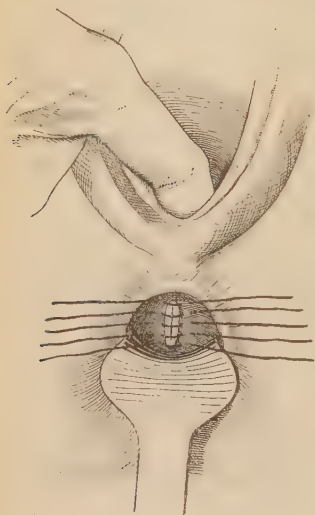


Fig. 71. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par dédoublement. Suture rectale complémentaire. L'anوس est dilaté. Un doigt éverse la ligne de réunion rectale pour qu'on puisse placer une suture d'enfouissement.

sûr dans ses résultats que celui de Fritsch.

1^{er} temps : Tracé des incisions vaginales. — Pour abaisser la fistule, pour bien tendre la paroi postérieure du vagin, le mieux est d'introduire dans le rectum l'index gauche revêtu d'un doigtier; cette manœuvre est préférable à l'emploi du doigt d'un aide ou d'un petit ballon de Petersen, pour tendre la paroi recto-vaginale, car « le chirurgien se rend mieux compte, avec son propre doigt, de l'épaisseur de la cloison et de la marche de ses dissections ».

3^o Procédé de l'autoplastie par glissement. — Nous décrirons ici le procédé du professeur Le Dentu, un peu plus compliqué, mais beaucoup plus

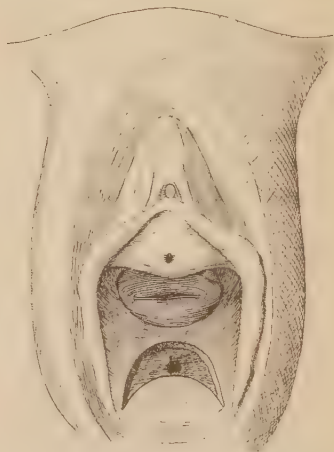


Fig. 72. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Avivement et tracé du lambeau.

On trace deux incisions courbes réunies par leurs extrémités latérales de façon à dessiner un croissant : l'une, supérieure et plus convexe, passe à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule (fig. 72) ; l'autre, inférieure, est tangente au bord inférieur de l'orifice fistuleux ; cet orifice se trouve donc inscrit dans le croissant délimité par les incisions, au ras du bord concave, tourné en bas, de ce croissant. Ces incisions n'intéressent que la muqueuse vaginale.

2^e temps : Avivement et dissection du lambeau. — On commence par exciser complètement la muqueuse vaginale dans toute l'étendue du croissant circonscrit par les deux incisions.

Cet avivement terminé, on dissèque un lambeau de muqueuse vaginale, de haut en bas, à partir de l'incision inférieure ; il faut poursuivre cette dissection de telle façon que la base, restée adhérente, du lambeau ainsi disséqué, se trouve à un bon centimètre au-dessous de la fistule. Le lambeau retombe par son propre poids, et l'on se trouve en présence d'une surface cruentée ayant la forme d'une demi-circonférence ou d'un demi-ovale, et présentant à son centre l'orifice fistuleux ; la moitié supérieure de cette surface a été avivée par l'excision muqueuse en croissant ; sa moitié inférieure par la dissection du lambeau.

3^e temps : Résection partielle de la cloison recto-vaginale. — Si l'on suturait immédiatement ce lambeau après l'avoir rabattu sur la surface cruentée, comme ses dimensions sont plus petites que celles de cette surface, on créerait à la base du lambeau un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule. Il faut, pour

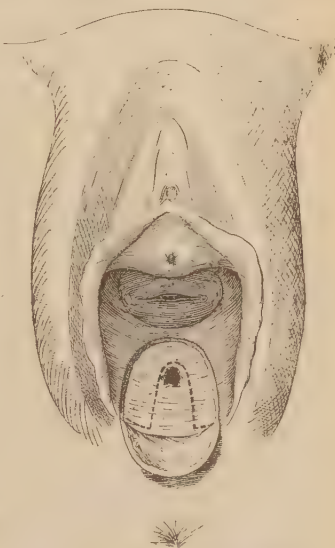


Fig. 73. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Le lambeau vaginal est rabattu. La ligne pointillée limite l'étendue de paroi rectale qui doit être résectée.

supprimer le cul-de-sac, réséquer une partie de la paroi rectale découverte par la taille du lambeau.

Cette résection se fait aux ciseaux. On donne à la portion réséquée la forme d'un triangle équilatéral dont le sommet, tourné en haut, répond à l'orifice fistuleux et la base à la base du lambeau; on débride de plus, de chaque côté, au niveau de cette base, ainsi qu'il

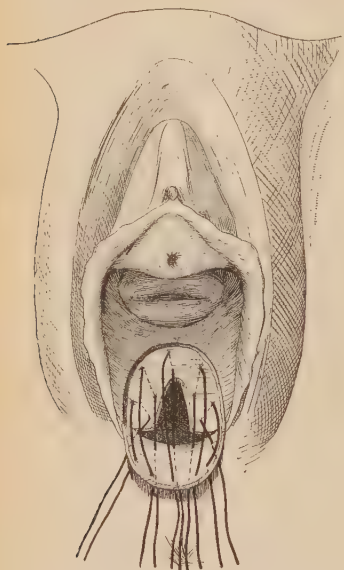


Fig. 74. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Disposition des sutures.

est figuré en pointillé dans la figure 73.

4^e temps : *Suture*. — Pour obtenir un bon affrontement, il faut que chaque fil décrive le trajet suivant, qu'il est facile de suivre sur la figure 74 : il pénètre à la base du lambeau, puis traverse la cloison recto-vaginale avivée, immédiatement au-dessus de la perte de substance qui y a été faite par la résection; il chemine ensuite sous toute l'étendue de la surface

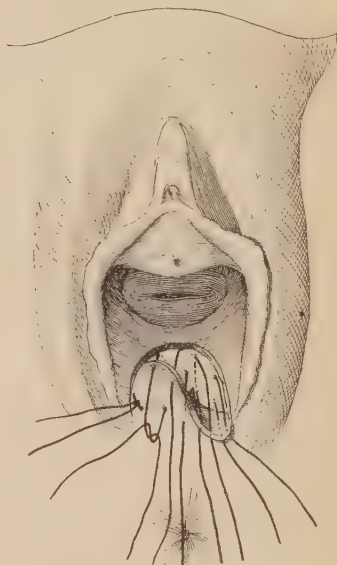


Fig. 75. — Fistule recto-vaginale. — Autoplastie par glissement. Procédé de Le Dentu. Mode d'affrontement du lambeau.

cruentée, en pleine épaisseur de la paroi rectale, mais sans perforer la muqueuse de l'intestin, et il vient ressortir à la limite supérieure de l'avivement; enfin il traverse de nouveau

le lambeau, tout près de son bord libre, de la profondeur à la surface.

Quand un nombre suffisant de fils (5 à 8) ont été ainsi placés et noués, la perte de substance triangulaire de la paroi rectale se trouve attirée de chaque côté jusqu'à devenir une fente transversale correspondant à la base du lambeau et les deux surfaces cruentées (face profonde du lambeau et avivement vaginal) se correspondent et s'appliquent exactement (fig. 75) l'une à l'autre.

On fait cette suture avec des fils d'argent ou de la soie fine ; chaque fil sera enfilé, à ses deux extrémités, dans une aiguille courbe de Hagedorn : on passe d'abord la partie moyenne du fil sous toute l'étendue de la surface avivée, puis chaque chef, muni de son aiguille traverse le lambeau, l'un à sa base, l'autre à son bord libre.

Quand tous ces fils sont placés, on les tend par une traction légère sur leurs chefs et on les noue sans serrer. Il faut avoir soin de les nouer sur un petit rouleau de gaze, de façon à éviter le froncement qui ne manquerait pas de se produire si on les nouait directement sur le lambeau.

« Une fois les sutures terminées, le lambeau inférieur recouvre entièrement le lambeau supérieur. La fistule est complètement supprimée, et la muqueuse rectale qui forme la face postérieure du lambeau supérieur, débordant un peu la ligne de réunion du côté du rectum, constitue une petite valvule sur laquelle les gaz et les matières glissent tout naturellement vers l'anus. »

Soins consécutifs. — Mèche de gaze dans le vagin ; elle sera renouvelée au bout de 48 heures et l'on commencera à donner des injections (1 ou 2 par jour).

Ablation des fils après 5 ou 6 jours (Le Dentu).

Diète les premiers jours. Opium pour constiper la malade, mais il faut évacuer le rectum de temps à autre : Le Dentu conseille de le faire le 2^e et le 4^e jour, puis de redonner de l'opium pour obtenir une nouvelle constipation de trois jours après l'ablation des fils. Purgation le 9^e jour.

B. — Voie périnéale.

1^o Section verticale du périnée. — Ce procédé, fort simple, n'est applicable qu'aux fistules bas situées; dès que la communication siège un peu haut, il doit être rejeté parce qu'il compromet trop la solidité du périnée.

1^{er} temps : Incision périnéale (fig. 76). — On la pratique d'une manière assez semblable à l'incision de la fistule à l'an.

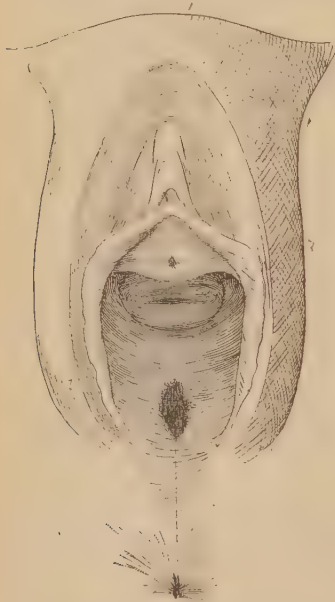


Fig. 76. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Incision périnéale.

On introduit en effet une sonde cannelée par l'orifice vaginal de la fistule, on la pousse jusque dans le rectum et on la fait ressortir par l'an.

2^e temps : Avivement du trajet fistuleux, exécuté avec la curette ou les ciseaux.

On se trouve alors en présence d'une large communication étendue jusqu'à la peau entre la partie inférieure du rectum et celle du vagin, c'est-à-dire dans les mêmes conditions qu'après une déchirure complète du périnée. Il reste à suturer la plaie suivant les règles que nous avons exposées au chapitre premier; nous renvoyons à ce chapitre pour les

détails de cette suture, dont nous ne rappelons ici que les temps essentiels.

3^e temps : Sutures.

a) Suture du rectum par des points séparés (fig. 77) non perforants au catgut.

b) Suture du vagin par des fils noués dans la cavité vaginale.

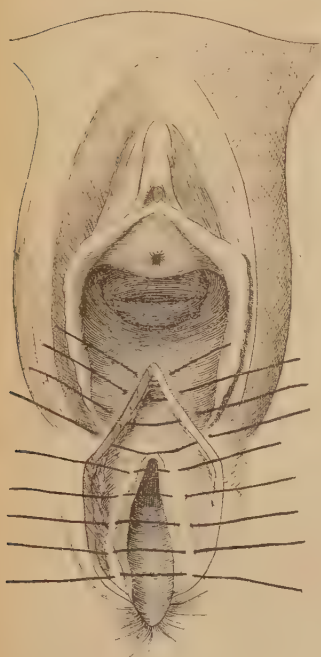


Fig. 77. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Disposition des sutures rectales et vaginales.

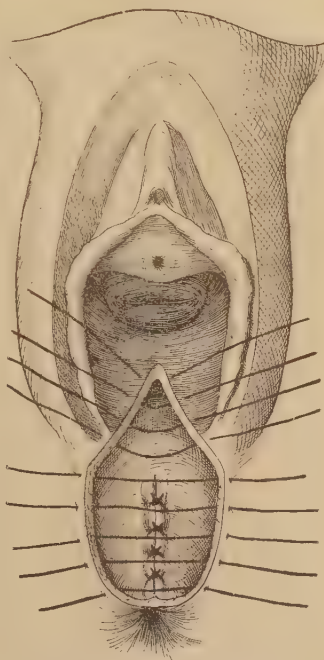


Fig. 78. — Opération de la fistule recto-vaginale par section verticale du périnée. — Suture rectale terminée. Disposition des fils périnéaux.

c) Suture du périnée (fig. 78) (fil d'argent).

2° Dédoublement du périnée (Périnéotomie transversale). — Ce procédé, qui ressemble à celui de Lawson Tait pour la déchirure complète du périnée, a, sur le précédent, l'avantage de ne pas compromettre la solidité du corps périnéal que l'on divise en suivant un plan de clivage naturel et sans sectionner de fibres musculaires. En cas d'échec, on n'a pas, du moins, aggravé l'état de la malade.

1^{er} temps : Incision et dédoublement. — On fait, au-devant de l'anus, une incision convexe en avant, longue de 4 à 5 centimètres.

Dès que les plans superficiels ont été divisés, on creuse dans la profondeur, exactement sur la ligne médiane. La bandelette musculaire recto-urétrale est reconnue et coupée, et l'on tombe alors dans la couche cellulaire qui permet de séparer facilement l'une de l'autre les parois rectale et vaginale.

On poursuit ce décollement, qu'il faut faire uniquement avec le doigt ou le bec des ciseaux mousses, jusqu'au trajet fistuleux. Puis on sectionne ce trajet d'un coup de ciseaux ; cette simple section suffit à aviver les deux moitiés, rectale et vaginale, de la fistule.

2^e temps : Suture de l'orifice rectal, par des points de catgut

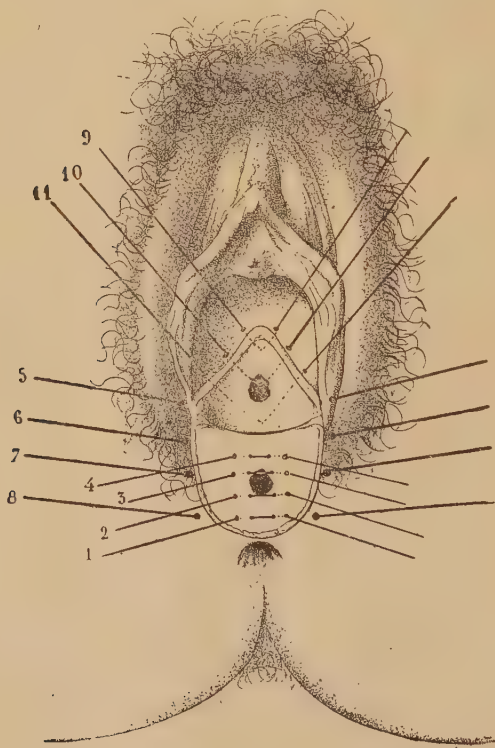


Fig. 79. — Opération de la fistule recto-vaginale par dédoublement du périnée. — Disposition des sutures : 1, 2, 3, 4, sutures perdues de Lauenstein (catgut) fermant la perforation rectale ; 9, 10, 11, fils vaginaux (catgut) ; 5, 6, 7, 8, fils d'argent profonds pour l'affrontement périnéal. (Sänger.)

non perforants (fig. 79), noués dans la plaie, à la manière de Lauenstein (Voy. Sutures rectales dans la périnéorrhaphie.)

3^e temps : Suture de l'orifice vaginal. — Fils noués dans la plaie (catgut).

4^e temps : Suture de la plaie périnéale. — Quènu laisse cette plaie béante : il espère obtenir ainsi la cicatrisation sans reproduction de la fistule, même si l'un des points rectaux vient à manquer.

Nous croyons, avec Pozzi, qu'il vaut mieux suturer la plaie périnéale, mais en laissant, pour le drainage, la place d'une mèche de gaze qui remonte jusqu'au contact de la suture rectale. On placera donc, suivant la technique habituelle, avec l'aiguille d'Emmet, quelques fils d'argent sur les lèvres de l'incision périnéale, en ayant soin d'orienter d'avant en arrière cette ligne de réunion.

Après cette intervention, comme après la section verticale du périnée, les soins consécutifs sont les mêmes qu'après une périnéorrhaphie pour déchirure complète.

3^o Abaissement de la paroi rectale antérieure (procédé de Paul Segond). — Son auteur l'a appliqué avec succès dans un cas de fistule recto-vaginale très haut située : il s'était proposé pour but « de supprimer la portion du rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; d'aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, de le dégainer et de l'abaisser jusqu'à l'anus. »

L'opération comprend les temps suivants, que font bien comprendre les deux figures 80 et 81, dessinées par le Pr Farabeuf pour le travail de Segond.

1^{er} temps : Dilatation de l'anus. — La malade est en position dorso-sacrée et le chirurgien pratique cette dilatation, de la manière classique, de préférence avec les doigts ; il faut la faire aussi complète que possible pour avoir libre accès dans le rectum.

2^e temps : Libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal. — On incise alors circulairement la muqueuse, au pourtour de l'anus ; il ne faut pas faire cette incision à l'union même de la muqueuse et de la peau, mais bien à 2 ou 3 millimètres plus haut, pour que la suture qui terminera l'opération

soit intra-anale et qu'il n'y ait consécutivement aucune tendance au prolapsus muqueux.

L'incision faite, on dissèque aux ciseaux, en remontant le manchon formé par la muqueuse du canal anal ; cette dissec-



Fig. 80. — Fistules recto-vaginales haut situées. — Procédé de P. Segond.
1^{er} temps. Excision ano-rectale. (Farabeuf.)

tion se poursuit jusqu'à ce qu'on ait dépassé le bord supérieur du sphincter.

3^e temps : Dédoublement de la cloison recto-vaginale ; abaissement et résection du segment rectal sous-jacent à la fistule.

Au delà du sphincter, on poursuit la dissection, mais en prenant maintenant toute l'épaisseur de la paroi rectale qu'il faut séparer de la paroi vaginale. Ce dédoublement s'exécute avec le doigt, sans aucun instrument, et peut se poursuivre très haut. On ne reprend le bistouri qu'un instant, en arrivant au trajet fistuleux qu'il faut trancher et dédoubler en deux orifices indépendants, l'un rectal et l'autre vaginal. On pousse encore plus haut la séparation des deux parois, en refoulant au besoin le cul-de-sac péritonéal qui ne court aucun risque. On ne s'arrête que lorsqu'il est possible d'amener, par une traction modérée, le bord supérieur de la fistule à l'anus.

Reste à sectionner, au ras de l'anus, le rectum abaissé; la section se fait obliquement de haut en bas et d'avant en arrière : elle est élevée au niveau de la paroi antérieure où elle passe au-dessus de la fistule ; elle est plus basse en arrière où elle passe

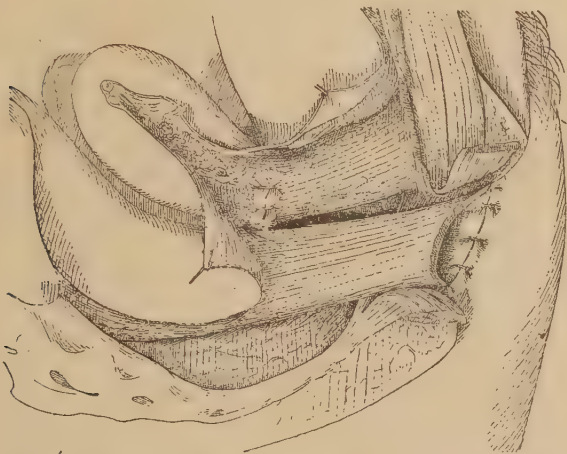


Fig. 81. — Fistules recto-vaginales haut situées. — Procédé de P. Segond.
2^e temps. Abaissement du rectum et sutures. (Farabeuf.)

à 3 centimètres environ (cas de Segond) au-dessus du sphincter.

4^e temps : Suture du rectum à l'anus. — On réunit par des points séparés le rectum sectionné à la muqueuse conservée à la partie inférieure du canal anal.

Nous croyons que le meilleur moyen d'obtenir une bonne réunion et d'éviter l'ascension possible du bout rectal supérieur consiste à faire la suture que préconise Delorme après la résection étendue de la muqueuse dans le prolapsus rectal : on placera donc d'abord, aux quatre points cardinaux du manchon rectal, des fils en U prenant une bonne épaisseur des tissus du canal anal et destinés à assurer la fixation du bout supérieur ; puis, entre ces fils, on en placera d'autres, plus superficiels, affrontant les deux muqueuses.

5^e temps : Avivement et suture de l'orifice vaginal de la fistule, suivant la technique habituelle.

Mèche de gaze dans le vagin et tube de caoutchouc dans le

rectum pour l'évacuation des gaz. Le tube rectal est enlevé à la première selle, le petit drain au bout de 48 heures ; au 8^e jour, quand on enlève les fils, la guérison est obtenue. Second ne constipe la malade à aucun moment.

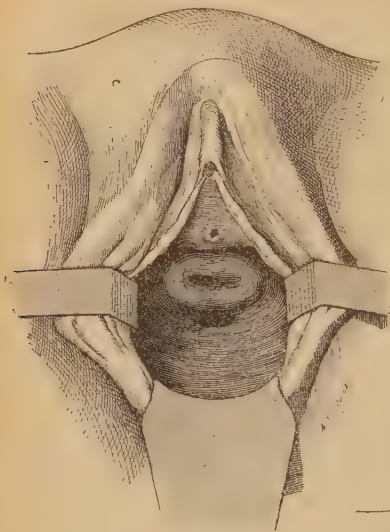


Fig. 82. — Opération de la fistule recto-vaginale par la voie vagino-périnéale. — Procédé de Legueu. Étalement du champ opératoire. Fistule siégeant au contact du col. (D'après Legueu.)

ment du périnée jusqu'au trajet fistuleux, puis dans la section médiane de la paroi postérieure du vagin, pour mieux exposer l'orifice anormal et en faciliter la suture. Voici comment il est décrit par son auteur.

« 1^{er} temps : Incision transversale entre l'anus et la commissure postérieure ; incision plus près de la vulve que de l'anus, comme dans la périnéorrhaphie.

C. — Voie mixte, vagino-périnéale.

(Procédé de Legueu). (1)

Ce procédé, qui convient surtout aux fistules élevées (fig. 82), consiste essentiellement dans un dédouble-

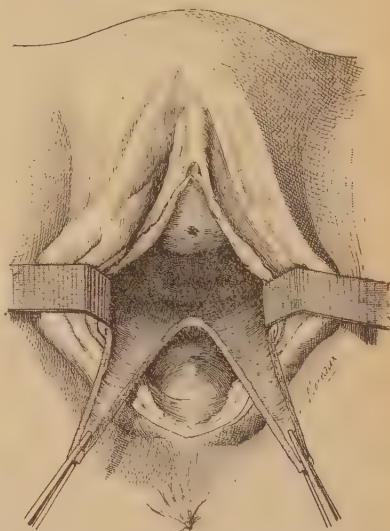


Fig. 83. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Dédoublement jusqu'au niveau de la fistule. Section longitudinale du vagin. (D'après Legueu.)

(1) *Presse médicale*, 1903.

« 2^e temps : Décollement du rectum et du vagin jusqu'à la fistule.

« 3^e temps : Incision longitudinale aux ciseaux de toute la longueur de la paroi vaginale décollée. A ce moment, on a une large brèche, créée par l'écart des lèvres de l'incision vaginale ; en haut, se voit l'orifice de la fistule ; en arrière, on voit la paroi du rectum dénudé. Grâce au iour que donne cette

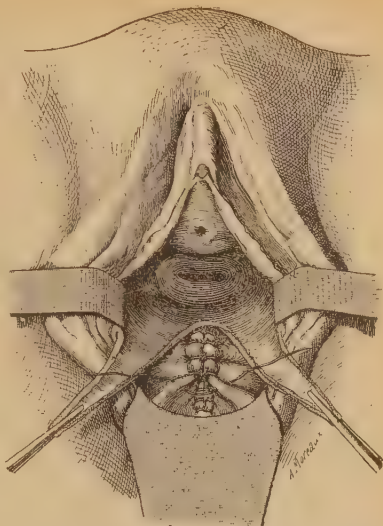


Fig. 84. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Suture de la perforation rectale entre les lèvres écartées de l'incision vaginale. (D'après Legueu.)

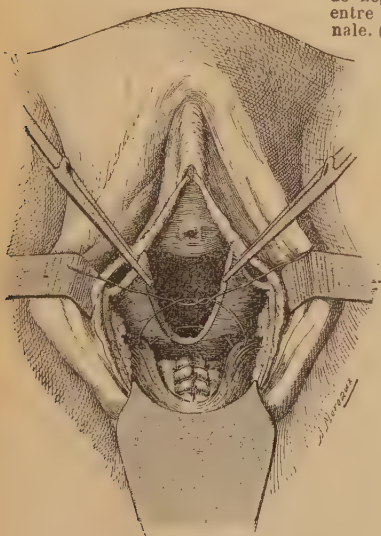


Fig. 85. — Fistule recto-vaginale. — Procédé de Legueu. Suture du vagin et adaptation exacte des plans. Un des fils charge les releveurs et les rapproche sur la ligne médiane. (D'après Legueu.)

arcade, le décollement est poussé autour et *au-dessus* de la fistule. Dès lors, la fistule est réduite à un seul orifice rectal : l'orifice vaginal se confond avec la fente faite à la paroi postérieure du vagin (fig. 83).

« 4^e temps : Suture isolée, à points séparés et au catgut, de cet orifice rectal (fig. 84). Sur la paroi rectale, la paroi vaginale est abaissée, suturée dans toute sa hauteur (fig. 85) ; la suture est faite de telle façon

que l'accolement soit partout parfait, que les muscles releveurs soient suturés en arrière du vagin.

« La plaie vulvaire est enfin suturée par quelques points de crin de Florence. »

D. — Traitement opératoire des fistules recto-périnéales.

Ces fistules sont assez rares. Elles présentent un orifice rectal, siégeant plus ou moins haut sur la paroi antérieure de l'intestin, et un orifice périnéal, siégeant entre la vulve et l'anus, sur la ligne indiquée ou à son voisinage.

Elles sont justiciables de deux sortes d'interventions, calquées sur celles que nous venons de décrire pour la cure des fistules recto-vaginales : la *section verticale du périnée et l'abaissement de la paroi antérieure du rectum*.

1° Lorsque la fistule remonte peu dans le rectum, on peut la traiter comme une simple fistule à l'anus c'est-à-dire charger sur une sonde cannelée, traversant le trajet d'un orifice à l'autre, tous les tissus qui la séparent de la peau, les fendre d'un coup de bistouri, aviver les parois de la fistule et laisser cicatriser de la profondeur à la surface.

Mais, dans la majorité des cas, et surtout si l'orifice fistuleux remonte haut dans l'intestin, mieux vaudra, après cette section verticale du périnée et l'avivement du trajet, faire des sutures perdues, non perforantes, sur la paroi rectale antérieure et placer quelques fils d'argent sur le périnée; les règles de la suture sont ici les mêmes que dans les déchirures complètes du périnée.

2° L'abaissement du rectum peut se faire suivant la technique de Segond pour le traitement des fistules recto-vaginales. Mais on peut également abaisser, non pas toute la paroi rectale, comme le fait Segond, mais la seule muqueuse que l'on résèque au-dessus de la fistule et dont on fixe la tranche supérieure à l'anus. Ce procédé a été imaginé par Gérard Marchant (1) qui l'a

(1) *Société de chirurgie, 1905*

employé avec succès dans un cas de fistule avec orifice rectal large comme une pièce de 5 francs et prolapsus de la muqueuse rectale au niveau de l'orifice périnéal ; le sphincter anal et le périnée, en arrière de la fistule, étaient normaux ; c'est pour respecter cette intégrité que Gérard Marchant a préféré l'abaissement à la section verticale du périnée. Nous croyons ce procédé excellent pour les fistules basses, mais lorsque l'orifice anormal est très haut dans le rectum et que, par conséquent, la résection d'une notable étendue de muqueuse devient nécessaire, nous craindrions la désunion de la suture et l'ascension de la muqueuse.

Voici, d'après G. Marchant, la technique de l'opération :

1^{er} temps : Dilatation de l'anus.

2^e temps : Incision circulaire de la muqueuse anale à 5 millimètres au-dessus de la ligne ano-cutanée.

3^e temps : Dissection aux ciseaux mousses du manchon formé par la muqueuse du canal anal ; la muqueuse est également libérée au pourtour de l'orifice périnéal de la fistule et dans toute l'étendue du trajet.

4^e temps : Abaissement à l'anus du manchon muqueux qui vient d'être disséqué et qui présente à sa partie antérieure l'orifice fistuleux (fig. 86) ; section transversale du manchon au-dessus de la fistule.

Nous croyons qu'il est bon d'imiter ici comme plus haut la conduite de Delorme dans la résection de la muqueuse pour prolapsus rectal, c'est-à-dire de fixer le manchon muqueux, avant de le couper, par 4 fils en U occupant les quatre points

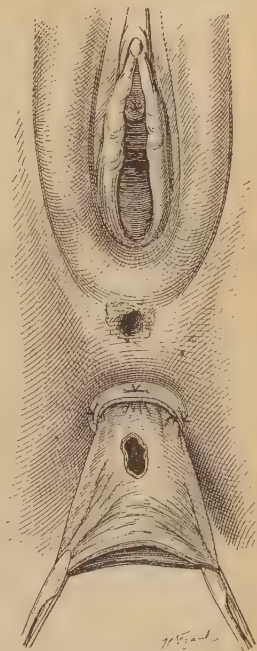


Fig. 86. — Fistule recto-périnéale. — Procédé de Gérard Marchant. Abaissement du rectum.

cardinaux de la circonférence de l'anus ; on sera ainsi assuré contre toute ascension de ce manchon.

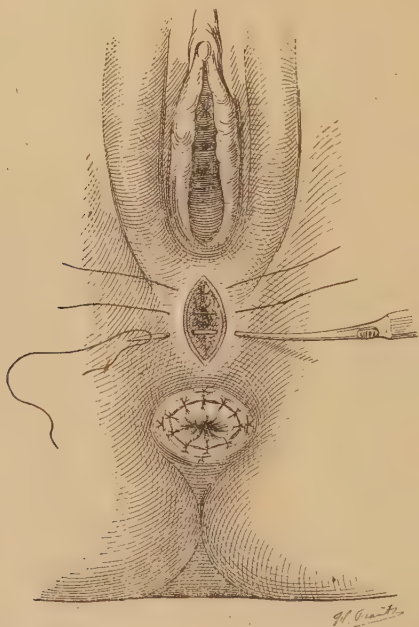


Fig. 87. — Fistule recto-périnéale. Procédé de Gérard Marchant. Suture circulaire de la muqueuse abaissée à l'anus. Fermeture de la fistule.

5^e temps : Suture de la muqueuse à l'anus : points séparés de catgut (fig. 87).

6^e temps : Avivement et suture de l'orifice périnéal.

CHAPITRE IV

DE LA CRÉATION D'UNE CAVITÉ VAGINALE
EN CAS D'ABSENCE DE VAGIN

Le chirurgien est amené à remédier par une intervention à l'absence congénitale de vagin dans deux cas différents : a) lorsque derrière cette imperforation existe un utérus qui se laisse distendre par la rétention menstruelle : on fait alors une opération de nécessité ; b) lorsque l'atrésie a frappé l'appareil génital tout entier : c'est alors une opération de complaisance. Mais il y a des circonstances, ainsi que l'a montré Lefort, où les inconvénients de l'absence de vagin sont tels que cette opération de complaisance peut devenir une opération de nécessité. (Pozzi).

L'opération de nécessité consiste à faire une incision qui permette au sang des règles de sortir à l'extérieur. Son manuel opératoire est simple, mais varie suivant le degré de la malformation. Sa description ne rentre pas dans le cadre de ce Précis.

Lorsque l'aplasie de l'appareil génital est complète et qu'on se décide à créer de toutes pièces une cavité vaginale, plusieurs méthodes peuvent être employées. La faveur des chirurgiens semble aujourd'hui se porter sur les procédés : a) de transplantation intestinale et b) d'autoplastie périnéale.

a) *Transplantation intestinale*. — La transplantation intestinale proposée en 1904 par Baldwin et exécutée en 1908 par Mori a été employée une dizaine de fois depuis, en particulier par Abadie, dont nous décrirons la technique. L'opération se pratique de la manière suivante :

1^{er} Temps : *dédoublement du périnée*. — La malade étant en position de la taille, on fait une incision cutanée transversale entre le rectum et la vessie puis on clive le périnée jusqu'à ce qu'on arrive au péritoine, qui est ouvert ; une pince à long

manche est laissée dans le canal artificiel ainsi obtenu. (Ce temps s'est exécuté les mains gantées).

2^e Temps. — (à exécuter à mains nues ou avec une autre paire de gants) : *laparotomie médiane sous-ombilicale*. —



Fig. 88. — Création d'une cavité vaginale. Procédé de Baldwin. (Abadie, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Isolement de l'anse intestinale.

On pratique l'exploration de l'intestin et on cherche une anse de l'iléon susceptible de se laisser facilement attirer dans le petit bassin. On isole entre des pinces environ 25 centimètres d'intestin au niveau de cette anse. On sectionne l'intestin et également le mésentère sur une hauteur d'environ 12 centimètres. On rétablit la continuité de l'intestin par une entérorraphie termino-terminale et on rétablit également au moyen d'une suture la continuité du mésentère. Les deux extrémités de l'anse incomplètement réséquée, ne tenant plus que par son mésentère, sont fermées et enfouies (fig. 88). L'aide alors, au moyen de la pince introduite par le périnée, vient saisir cette anse en son milieu et l'amène à l'extérieur. Fermeture de la paroi abdominale.

3^e Temps : temps périnéal.

— Le milieu de l'anse pliée est, au moyen d'une couronne de sutures, fixé aux parois du canal artificiel creusé dans le périnée. L'anse est alors ouverte et les bords de la solution de continuité sont directement suturés aux lèvres de la plaie périnéale. On obtient ici un vagin en double canon de fusil (fig. 89), mais en général une des

Fig. 89. — Création d'une cavité vaginale. Procédé de Baldwin. (Abadie, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Fixation au périnée de l'anse exclue, disposée en double canon de fusil.

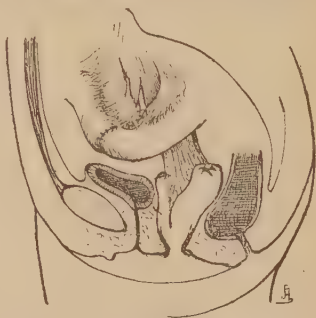


Fig. 89. — Création d'une cavité vaginale. Procédé de Baldwin. (Abadie, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Fixation au périnée de l'anse exclue, disposée en double canon de fusil.

deux extrémités de l'anse ne tarde pas à s'atrophier et le résultat obtenu est excellent.

Il semble en particulier que ce procédé de Baldwin, bien réglé par Abadie, soit supérieur au procédé de Mori, en apparence plus simple qui consiste à isoler une partie de l'intestin, à la laisser droite, à fixer une de ses extrémités à la vulve et à fermer l'autre qui forme alors le fond du vagin (fig. 90).

Malgré sa simplicité apparente, ce dernier procédé est plus difficile d'exécution, parce que l'abaissement de l'anse

dont la partie tendue au maximum se trouve sur le bord de la plaie méésentérique est plus délicat.

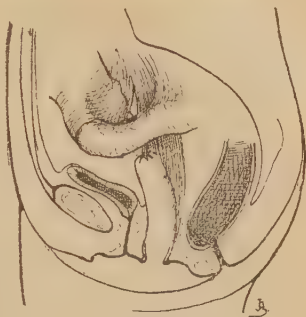


Fig. 90. — Création d'une cavité vaginale. Procédé de Mori. (Abadie, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.)

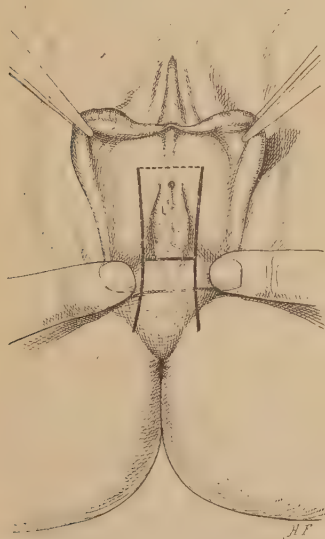


Fig. 91. — Création d'un vagin par autoplastie. (Pozzi, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Tracé des incisions.

b) Autoplastie périnéale. — De nombreux procédés ont été proposés. Nous ne décrivons ici comme procédé de choix que celui qui a été imaginé par Pozzi et publié en 1911. C'est une modification du procédé d'Anderson. La mobilisation de l'urètre en est le temps principal. Il s'exécute comme suit :

1^{er} Temps : tracé des incisions. — Les petites lèvres étant écartées, on mène au niveau de la région vulvaire, une incision en H. Les deux branches verticales de cette H, situées à environ 4 centi-

mètres l'une de l'autre, passent à la racine des petites lèvres (fig. 91)

et commencent un peu au-dessus du méat pour finir en avant de l'anus.

Elles sont réunies l'une à l'autre par la branche transversale de l'H qui passe au-devant de l'union de la muqueuse hyménéale et de la peau.

2^e Temps : dissection des lambeaux. — Les lambeaux ainsi délimités sont disséqués, décollés et relevés, puis, une sonde étant introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum, le périnée est largement dédoublé jusqu'à ce qu'on arrive au Douglas.

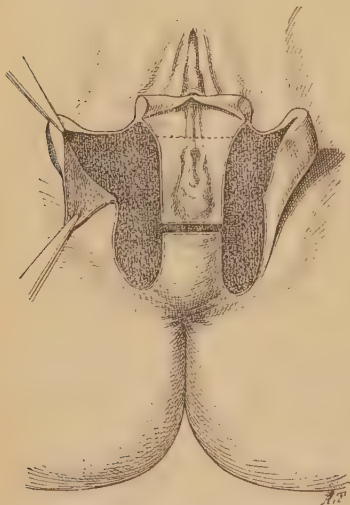


Fig. 92. — Création d'un vagin par autoplastie. (Pozzi, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Dédoublement de la petite lèvre droite; les lambeaux antérieur et postérieur sont en place; la petite lèvre gauche légèrement écartée permet de voir le pli qui va être dédoublé.

3^e Temps : tapissage de la cavité. — La cavité infundibuliforme ainsi obtenue est tapissée de la manière suivante :

Le lambeau à base rectale est rabattu au niveau de la face postérieure et fixé dans la profondeur.

Le lambeau à base urétrale est ensuite mobilisé; on fixe son extrémité postérieure dans la profondeur du nouveau vagin. Il reste encore deux surfaces latérales cruentées qui vont être recouvertes grâce au dédoublement des petites lèvres.

Pour cela, à la partie supérieure de la surface cruentée du côté droit, on mène une incision transversale qui libère la petite lèvre près de son angle supérieur. Elle permet de la dédoubler (fig. 92) d'en faire ainsi un lambeau qui, subissant une rotation de 180 degrés au niveau de son pédicule, peut être rabattu, l'extrémité antérieure en arrière; ce lambeau soigneusement étalé tapisse ainsi la partie latérale droite du vagin.

Du côté gauche, on exécute la même manœuvre.

4^e Temps : libération de l'urètre. — Arrivé à ce temps de l'opération, pour éviter la tension du lambeau qui recouvre la paroi antérieure du vagin, et afin de donner à celui-ci plus de profondeur, on pratique la manœuvre essentielle dite de *libération et mobilisation de l'urètre*. Une incision transversale est faite au-des-

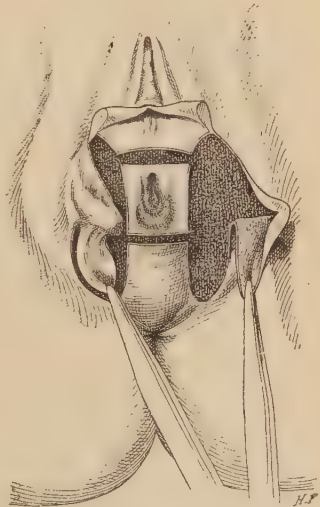


Fig. 93. — Création d'un vagin par autoplastie. (Pozzi, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) La petite lèvre droite dédoublée est rabattue et tapisse la partie latérale droite du nouveau vagin; à gauche, cette manœuvre est en cours d'exécution. Le lambeau antérieur commence à se mobiliser grâce à l'incision transversale qui libère l'urètre.



Fig. 94. — Création d'un vagin par autoplastie. (Pozzi, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.) Les petites lèvres dédoublées et adaptées sont suturées dans leur nouvelle position. Suture longitudinale de la plaie sus-urétrale.

sus du méat, réunissant les deux branches verticales primitives de l'H, tracée au début de l'opération, à 3 centimètres et demi au-dessus de la première incision transversale (fig. 93).

L'urètre est disséqué aux ciseaux et le méat se trouve très abaissé vers le vagin, ce qui donne un accroissement de profondeur fort net à ce conduit et permet également d'éviter tout tiraillement des sutures.

duit et permet également d'éviter tout tiraillement des sutures.

Le méat urinaire ainsi reporté profondément à la partie antérieure du vagin a la disposition légèrement hypospadique qu'on observe si souvent chez les nouveau-nés et sur laquelle a insisté Budin. (Pozzi.)

Pour maintenir ce refoulement du méat dans la profondeur, la plaie transversale résultant de l'incision supra-méatique est étalée en losange allongé verticalement et fermée par une suture longitudinale (fig. 94); le vestibule est ainsi considérablement agrandi de haut en bas.

On doit terminer en posant une sonde à demeure et en tamponnant à la gaze la nouvelle cavité vaginale.

Un traitement post-opératoire consistant en dilatations progressives est le complément obligé de l'opération. Il permet d'obtenir d'excellents résultats éloignés.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE

CHAPITRE I

CURETTAGE DE L'UTÉRUS ET COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

C'est à dessein que nous réunissons, au début de cette étude sur la voie vaginale, dans un même chapitre le *curettage* et la *colpotomie*. Ce sont en effet les deux interventions les plus courantes et, pourrions-nous dire, les plus élémentaires de la chirurgie utéro-annexielle. Elles ont fréquemment des indications d'urgence, et tout praticien doit être à même de les exécuter; c'est par elles qu'il commencera à se familiariser avec la voie vaginale; souvent, en outre, ces opérations constituent le premier temps d'interventions plus complexes (hystérectomie vaginale, par exemple).

I. CURETTAGE DE L'UTÉRUS

Instrumentation. — Elle doit, avant tout, être simple. Nous



Curette à tige droite de Volkman.



Curette à bords parallèles de Récamier-Pozzi.



Curette de Bouilly.



Curette tranchante de Sims.

Fig. 95.

ne décrirons pas ici les différents modèles de curettes (fig. 95)

ils sont connus de tous. Il suffit amplement d'en avoir deux à sa disposition : une curette fenêtrée à bords tranchants pour détacher la muqueuse, et une cuiller à bords plus mousses qui servira surtout à entraîner, hors de la cavité utérine, les débris muqueux.

Il faut en outre avoir deux pinces à abaissement utérin, une pince languette, une sonde utérine à double courant et une valve vaginale ; si la dilatation préalable n'a pas été faite, il faut de plus se munir d'un dilateur à trois branches ou d'un jeu de bougies de Hëgar.

Pour le curettage pratiqué quelques jours après un accouchement à terme, on a construit de très larges cuillers, mousses et montées sur un très long manche ; elles peuvent rendre des services, mais c'est ici le doigt surtout qui ira détacher les débris placentaires.

Préparation de la malade.

1° Il faut prendre ici les mêmes *précautions aseptiques* que pour une intervention plus sérieuse : il faut donc raser la vulve et nettoyer soigneusement les organes génitaux externes, puis le vagin (brosse, savon, injection antiseptique). C'est une faute grave, même dans les cas d'urgence, de négliger ces précautions et c'est là certainement la cause de nombre d'accidents consécutifs.

2° L'*anesthésie générale* doit être employée, sauf contre-indication formelle ; les divers temps opératoires, en particulier l'abaissement de l'utérus, sont douloureux et il ne faut pas que le chirurgien soit gêné par les mouvements involontaires de la malade.

3° Sauf le cas d'accouchement récent, il est indispensable de *dilater le col utérin* (surtout son orifice interne) pour frayer une voie libre et facile aux instruments. Avec la majorité des chirurgiens et contrairement à l'opinion de Richelot, nous croyons qu'il vaut mieux, toutes les fois qu'on le pourra, faire la dilatation préalable, deux ou trois jours avant l'opération, avec des laminaires.

Lorsqu'on n'aura pas pu y recourir ou lorsque cette dilatation préalable aura été insuffisante, on recourra à la dilatation

extemporanée, immédiatement avant le curettage ; nous croyons l'usage des bougies de Hégar préférable à celui des dilatateurs à branches. Si l'on n'avait aucun instrument spécial à sa disposition, on pourrait, à la rigueur, se servir d'une pince languette qu'on introduirait fermée dans l'utérus et qu'on retirerait en l'ouvrant de plus en plus.

Technique opératoire.

1^{er} temps : Abaissement du col. — La malade est mise dans la position de la taille, les cuisses maintenues par des porte-cuisses ou, à leur défaut, par deux aides. On refait une injection, puis une valve déprime la paroi vaginale postérieure et permet d'apercevoir le col. Celui-ci est saisi avec une ou deux pinces à abaissement (fig. 96) qui l'amènent à la vulve et sont confiées aux aides. Si l'utérus est fixé, s'il y a de la périmérite ou des annexites, il faut s'abstenir du curettage.

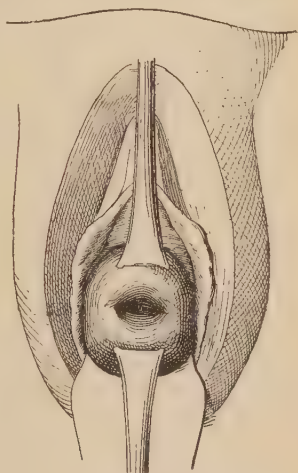


Fig. 96. — L'utérus saisi par deux pinces en abaissement est amené à la vulve.

Avant de prendre la curette, on introduit un hystéromètre dans la cavité utérine : on se rend compte ainsi de la profondeur du corps et du degré de dilatation du col. C'est à ce moment que l'on compléterait la dilatation, s'il était nécessaire.

2^e temps : Curettage. — a) Dans les cas ordinaires (utérus métritique, curettage post abortum), il faut introduire d'abord la curette fenêtrée. Pour aller vite et terminer, comme on doit le faire, en quelques minutes, il faut procéder avec méthode. L'instrument sera d'abord poussé jusqu'au fond de l'utérus, puis ramené, en suivant le milieu de la paroi postérieure jusqu'à l'orifice externe du col ; on repasse deux ou trois fois au même point, jusqu'à ce qu'on sente partout que la curette gratte sur

le muscle utérin résistant en faisant entendre le *cri utérin* caractéristique. On répète ensuite les mêmes manœuvres de chaque côté jusqu'à ce qu'on ait entièrement cureté la paroi postérieure.

On passe ensuite à la paroi antérieure, puis aux bords latéraux, pour lesquels il faut diriger l'instrument franchement en dehors, à droite ou à gauche. C'est le curettage du fond de l'utérus et des angles tubaires qui est le plus délicat; avec un peu d'attention, on parvient à le faire complet, sans risque de perforation.

De temps à autre, on retire la curette fenêtrée et on la remplace par la cuiller mousse qui évacue les débris muqueux détachés. Quand on a terminé, on introduit la sonde intra-utérine et on fait un lavage à l'eau bouillie chaude qui achève d'entraîner les lambeaux de muqueuse et les caillots. Puis on reprend encore une fois la curette et, par une revision rapide de toutes les parois, des bords et des angles de l'utérus, on s'assure que le curettage est bien complet, que le muscle est partout à nu.

b) *Dans l'utérus puerpéral*, après l'accouchement, les conditions sont bien différentes. Il faut ici employer des curettes à bords très émoussés, agir avec beaucoup de précautions, en fixant la paroi utérine par la main gauche appliquée sur la paroi abdominale, à travers une compresse stérilisée; il ne faut pas chercher ici le cri utérin, mais la sensation de grattage sur un plan plus résistant est toujours assez nette pour qu'on reconnaisse avec certitude le moment où l'on arrive sur la couche musculaire.

Il faut surtout, autant que possible, se passer d'instruments et faire du *cirage digital* qui permet de détacher facilement les débris placentaires.

C'est dans ces cas que l'on peut le plus facilement perforer l'utérus avec la curette; on s'en aperçoit à la sensation brusque de résistance vaincue et à la pénétration anormalement profonde de l'instrument qui file dans la cavité abdominale.

En présence d'un pareil accident, la conduite du chirurgien sera variable : si l'utérus n'est pas ou est peu infecté, il faut s'arrêter aussitôt, *ne pas faire d'injection intra-utérine*, tamponner le vagin et attendre en surveillant les suites opératoires qui, le plus souvent, ne présenteront rien d'inquiétant. S'agit-il au contraire d'un utérus profondément septique (curettage

post partum ou post abortum), il faut immédiatement intervenir et faire l'hystérectomie vaginale ou, mieux, une laparotomie.

3^e temps : *Grand lavage intra-utérin et pansement.* — Après le curettage, on fait, avec la sonde intra-utérine, un nouveau lavage qui se prolonge jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair. Ce lavage agit d'une façon purement mécanique ; aussi croyons-nous l'eau bouillie à 39-40° préférable à l'eau oxygénée et aux solutions antiseptiques qu'il faut, en tout cas, très faibles (sublimé à 1/4000).

On peut, ensuite, faire l'*écouvillonnage* de l'utérus avec un écouvillon spécial ou, plus simplement, une pince longuette à mors garnis d'une compresse sèche. Cet écouvillonnage est le meilleur procédé pour appliquer, sur la surface curettée, des substances modificatrices (teinture d'iode, chlorure de zinc, glycérine créosotée, etc.). Ce temps n'est pas indispensable.

On termine en plaçant dans le vagin un tampon de gaze aseptique et en appliquant un carré de ouate au-devant de la vulve. Ce n'est qu'au cas d'hémorragie persistante qu'il faut tamponner la cavité utérine par une mèche qui sera retirée au bout de 24 ou 48 heures. Dans les cas rares où l'on veut drainer l'utérus, la mèche intracervicale est insuffisante et même nuisible parce qu'elle fait bouchon et il faut employer un drain de verre ou de caoutchouc durci.

Normalement le tampon vaginal sera retiré le 5^e jour et ne sera pas renouvelé ; on donne, à partir de ce moment, deux injections vaginales par jour

La malade peut se lever au 8^e ou 10^e jour.

II. COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

On désigne sous le nom de *Colpotomie* l'incision d'un cul-de-sac du vagin et il faut distinguer la colpotomie antérieure et la colpotomie postérieure. Comme, en fait, on prolonge toujours cette incision jusqu'au péritoine, au moins au niveau du cul-de-sac postérieur, et qu'on pénètre dans la cavité abdominale, on fait ainsi une véritable laparotomie vaginale et, dans le langage courant, colpotomie et cœliotomie vaginale sont devenues synonymes.

Nous ne parlerons pas ici de la colpotomie antérieure, car les indications de cette intervention sont exceptionnelles.

La *Colpotomie postérieure*, dont nous allons décrire la technique, est l'opération de choix, et souvent d'urgence, dans toutes les collections pelviennes suppurées, quelle qu'en soit l'origine, qui viennent faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas ; elle est également une bonne voie d'accès sur les hématoécèles rétro-utérines enkystées quoique dans la plupart des cas elle reste inférieure à la laparotomie.

On a voulu aussi faire de cette incision vaginale ou *Cœliotomie postérieure* un temps préliminaire à des opérations plus complexes et enlever les annexes par cette voie (Dührssen, Le Dentu, Pichevin). Impossible ou très dangereuse toutes les fois qu'il y a des adhérences tant soit peu étendues, ne donnant qu'un jour très insuffisant, cette méthode n'offre aucun avantage par rapport à l'ablation abdominale des annexes, et doit-elle être systématiquement rejetée. Nous ne nous occuperons donc ici que de la colpotomie dans les collections du cul-de-sac de Douglas.

Technique opératoire.

La malade est préparée suivant la technique habituelle : vulve rasée et nettoyée ; désinfection soigneuse du vagin ; anesthésie générale ; position de la taille.

1^{er} temps : Fixation du col utérin. — On déprime la paroi vaginale postérieure avec une courte valve ne dépassant pas le milieu de sa hauteur et n'atteignant pas le cul-de-sac. Une pince à abaissement saisit la lèvre postérieure du col ; on l'abaisse un peu et on la porte en avant de façon à bien tendre le vagin (fig. 97) au niveau du cul-de-sac postérieur, qui fait toujours d'ailleurs une saillie plus ou moins volumineuse ; la paroi vaginale est souvent œdématiée.

2^e temps : Incision du vagin et ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Le manuel opératoire est des plus simples, « à condition qu'on veuille bien ne pas le compliquer à plaisir » (Faure). L'instrument le meilleur pour cette ouverture nous paraît être une paire de bons ciseaux un peu forts ; on peut

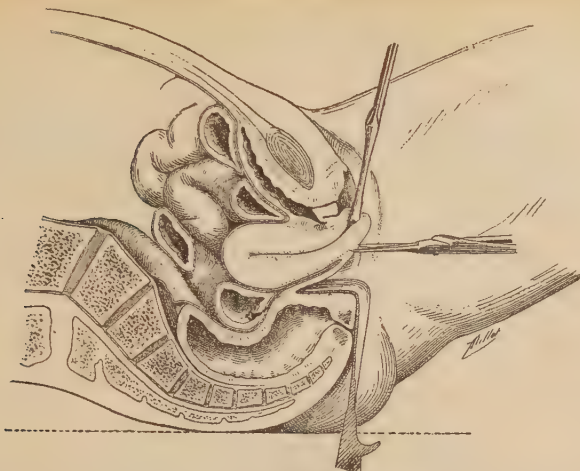


Fig. 97. — Colpotomie postérieure. — Coupe schématique du petit bassin montrant la disposition du cul-de-sac de Douglas et la direction que doivent avoir les ciseaux. (Doyen.)

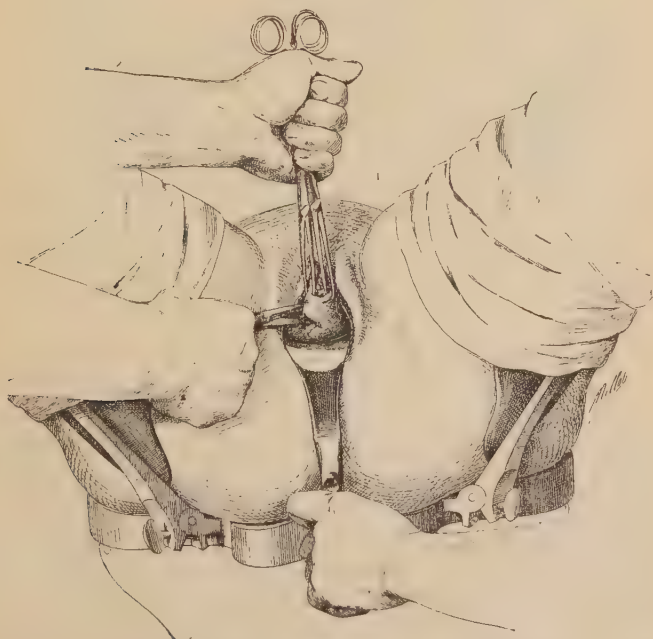


Fig. 98. — Colpotomie postérieure. — Incision de la muqueuse vaginale. (Doyen.)

aussi employer le bistouri; il faut absolument rejeter les tro-carts et instruments analogues aveugles et par conséquent dangereux.

L'incision doit être dirigée transversalement et située dans le fond même du cul-de-sac postérieur, au point le plus saillant, si ce cul-de-sac bombe. Elle doit mesurer 5 ou 4 centimètres et permettre l'introduction facile de deux doigts; il

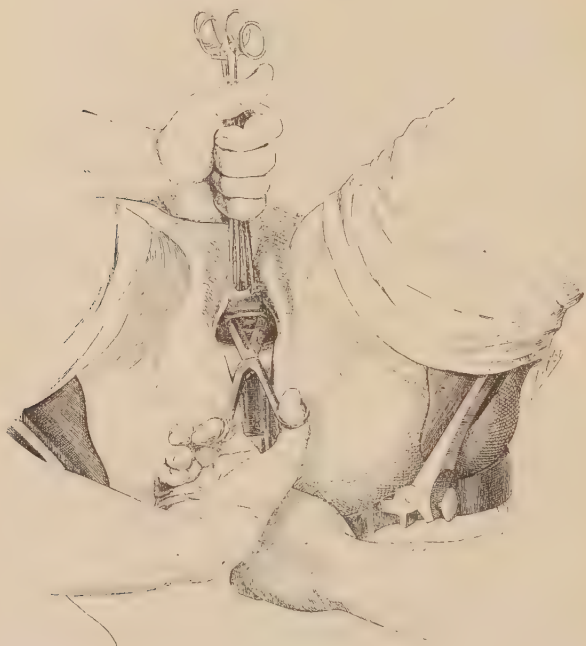


Fig. 99. — Colpotomie postérieure. — Élargissement de la boutonnière péritonéale. (Doyen.)

faut la faire franchement médiane et rétro-cervicale, même s'il y a une tumeur plutôt latérale, car, sur les côtés, on trouverait des vaisseaux et on s'approcherait de l'uretère.

C'est la paroi postérieure de l'utérus qui doit servir de repère pendant cette incision : l'instrument doit la suivre sans la quitter un seul temps; c'est le moyen d'arriver au péritoine sans rien blesser, et sans que le rectum coure aucun risque

de perforation. On coupe donc au ras de la lèvre postérieure du col, d'abord la muqueuse, puis les tissus sous-jacents (fig. 98 et 99), jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité péritonéale.

3^e temps : Exploration du cul-de-sac de Douglas. — Dès qu'on est arrivé dans le Douglas, il s'écoule du liquide qui peut être, suivant les cas, du pus, de la sérosité claire ou louche, du sang.

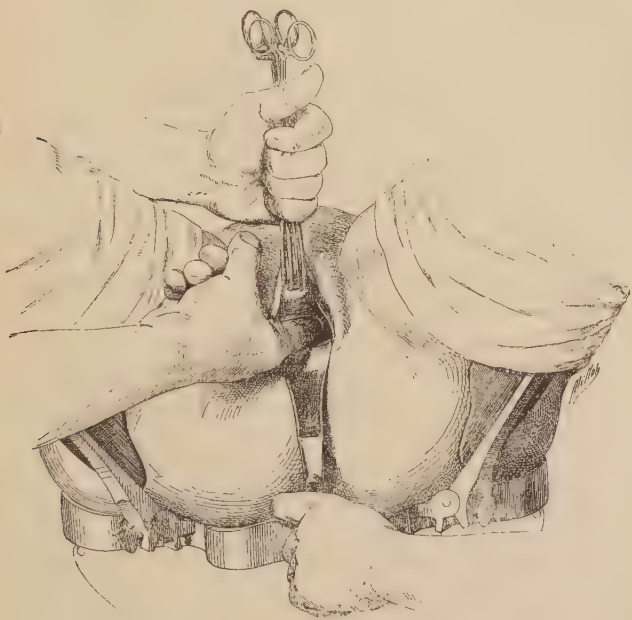


Fig. 100. — Colpotomie postérieure. — Exploration du cul-de-sac de Douglas. (Doyen.)

a) Le plus souvent, il s'écoule du *pus* : on a affaire à un abcès du cul-de-sac postérieur. Dès que le pus est évacué, on introduit le doigt dans la poche (fig. 100) pour l'explorer; il faut en examiner tous les prolongements, détruire les brides qui la cloisonnent; il faut surtout aller sentir, vers la partie supérieure de la poche, les annexes presque toujours malades; on peut y trouver des poches purulentes secondaires qu'il faut ouvrir

avec le doigt ou avec un instrument mousse (1). On termine par un grand lavage à l'eau bouillie de la cavité et de ses diverticules.

b) Lorsque l'incision du péritoine donne issue à de la *sérosité*, il faut également explorer avec soin tout le cul-de-sac recto-utérin. Dans des cas rares, en effet, ce peut être là toute la lésion, et il s'agit simplement d'une pelvi-péritonite séreuse (Lejars). Beaucoup plus souvent, l'épanchement séreux dans le Douglas est consécutif et sous-jacent à un abcès situé plus haut, dans une trompe; il faut que le doigt aille sentir et crever cette poche, point de départ des accidents.

c) Il peut enfin s'agir d'une hématocele rétro-utérine : c'est alors du *sang*, plus ou moins modifié, qui s'écoule par l'incision. Avec le doigt, on enlèvera les caillots qui remplissent le Douglas; il faut procéder avec quelques précautions, surtout vers la partie supérieure de la cavité, et éviter de frotter trop rudement les parois, car on provoquerait ainsi une reprise de l'hémorragie. On s'arrêterait dès qu'apparaîtrait un écoulement de sang rouge et, si cet écoulement persistait, on tamponnerait la cavité rétro-utérine. La voie abdominale est, du reste, infiniment supérieure dans le traitement de l'hématocele.

4^e temps : Drainage et pansement. — Après un lavage du Douglas, au moins dans les cas d'abcès ou d'hématocele, de façon à entraîner les dernières gouttes de pus ou les derniers caillots, on installe un gros drain en croix, remontant jusque dans la poche la plus élevée; le drain est coupé à mi-hauteur du vagin. Tamponnement vaginal peu serré. Pansement vulvaire, comme d'habitude.

Le traitement consécutif est variable avec les cas. Dans les abcès, on lavera la cavité suppurante au moyen du drain. Dans tous les cas, il ne faut enlever ce drain que quand il n'y a plus aucun suintement, car il serait difficile et souvent même impossible de le remettre en place après l'avoir enlevé.

(1) Il faut avoir soin de ne pas prendre pour des poches suppurées les anses intestinales, qu'on peut trouver adhérentes à la partie supérieure du Douglas; un peu d'attention suffit à éviter cette erreur.

CHAPITRE II

CHIRURGIE DU COL DE L'UTÉRUS

Nous décrirons successivement dans ce chapitre : 1^o la *trachélorraphie*, ou opération d'Emmet, pour la déchirure du col, 2^o les *opérations plastiques portant sur le col* et comprenant la *stomatoplastie* et l'*opération de Dudley*, 3^o les *amputations intra-vaginales du col* et 4^o l'*amputation supravaginale*.

I. TRACHÉLORRAPHIE

Cette opération, préconisée par Emmet, d'abord employée avec exagération, a perdu aujourd'hui beaucoup de sa faveur; très notablement inférieure aux amputations intravaginales dans le traitement des métrites cervicales, elle n'a que de rares indications.

On la fait habituellement unilatérale et du côté gauche, puisque c'est de ce côté que siège la déchirure ou qu'elle est le plus marquée; au cas de déchirure bilatérale étendue, il faut répéter de chaque côté la même opération, en ayant soin de conserver un orifice utérin de dimensions suffisantes.

Voici la technique de l'opération unilatérale.

1^{er} temps : *Avivement*. — Fixer le col avec deux pinces, une sur chaque lèvres, et l'abaisser.

On complète alors la déchirure en fendant, d'un coup de ciseaux, la commissure jusqu'au cul-de-sac vaginal. Puis, sur chaque lèvre, on excise, toujours avec les ciseaux, tout le tissu cicatriciel.

2^e temps : *Suture*. — Après avoir tamponné un instant, pour arrêter le saignement en nappe et y voir clair, on réunit l'une à l'autre les surfaces avivées par 3 ou 4 points de catgut un

peu rort, ou de soie, prenant toute l'épaisseur des lèvres (fig. 101)

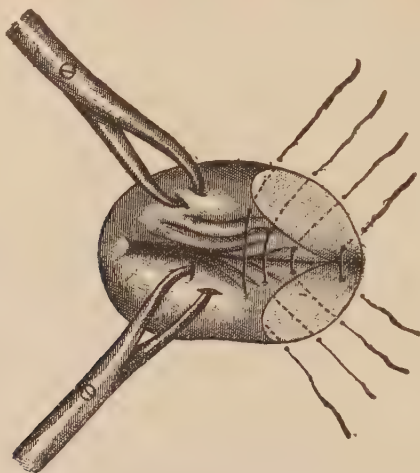


Fig. 101. — Opération d'Emmet. — Trachélorraphie. (Pozzi.)

du col. On commence à l'angle externe et on finit vers l'orifice du col.

Mèche tamponnant le vagin, maintenue en place jusqu'au 5^e jour.

II. OPÉRATIONS PLASTIQUES PORTANT SUR LE COL DE L'UTÉRUS

La *discision* simple du col, c'est-à-dire l'incision bilatérale des commissures jusqu'à l'insertion du vagin, n'assure pas une guérison définitive de la sténose du col, car la cicatrisation de cette large plaie ne se fait pas sans rétrécissement. Il faut donc, pour éviter toute récurrence et, au cas de grossesse ultérieure, toute dystocie, avoir recours, soit aux amputations intravaginales à lambeaux, qui seront décrites au paragraphe suivant, soit à des opérations plastiques (stomatoplasties) capables de « donner au col, à son orifice et à son trajet, la forme d'un col de femme ayant eu un enfant sans déchirure, tout en respectant la muqueuse » (Pozzi).

A. Stomatoplastie. Évidement commissural du col (opération de Pozzi).

1^{er} temps : *Discision bilatérale du col.* — Le vagin est maintenu béant par deux valves. Le col est amarré avec deux pinces

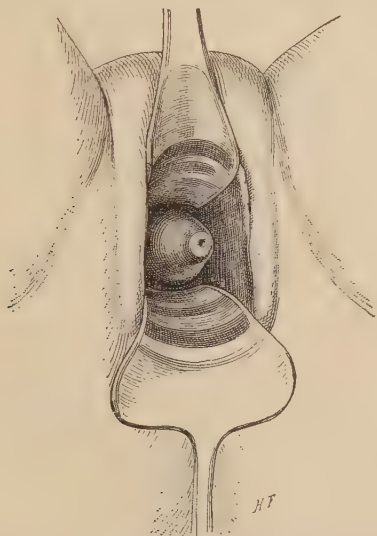


Fig. 102. — Stomatoplastie. (Pozzi, *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, 1909.) Col conique avec sténose congénitale.

à abaissement placées sur chacune de ses lèvres ; l'opérateur saisit la pince antérieure (celle qui est fixée sur la lèvre antérieure du col) et laisse la pince postérieure retomber par son propre poids :

Il introduit alors, dans la cavité du col, l'une des branches de forts ciseaux droits, tenus ouverts, et pousse l'instrument jusqu'à ce que l'autre branche arrive au fond du cul-de-sac latéral du vagin ; il suffit de rapprocher les deux branches pour trancher d'un seul coup la commissure (fig. 105) dans toute sa hauteur.

Lorsque la sténose est très serrée, il peut être impossible d'introduire les ciseaux, et c'est avec un bistouri à lame étroite

que se fera le premier débridement. On sectionne ensuite, de la même façon, l'autre commissure.

Les valves, devenues inutiles, sont enlevées; la pince antérieure est confiée à un aide; le chirurgien lui-même abaisse un peu la pince postérieure, de façon à écarter les deux lèvres du col: il étale ainsi toute la cavité cervicale.

Sur chacune des deux lèvres du col, on reconnaît, au milieu,

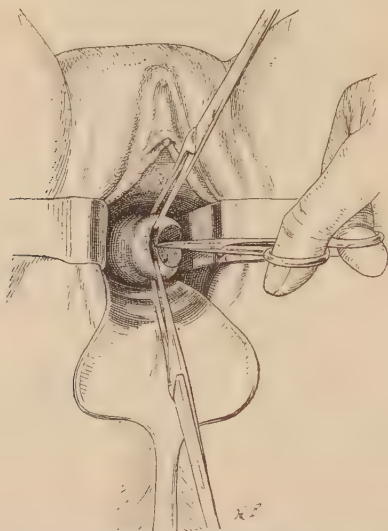


Fig. 103.— Stomatoplastie. (Pozzi, *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, 1909.) Discision bilatérale du col.

une gouttière muqueuse, représentant la moitié correspondante du canal cervical, et s'étendant de l'extrémité antérieure du col à un orifice médian qui est l'orifice profond communiquant avec la cavité du corps.

Latéralement, cette gouttière médiane est bordée par deux surfaces cruentées de forme triangulaire. Il y a donc en tout quatre triangles rectangles, deux sur chaque lèvre, limités de la façon suivante: le grand côté de l'angle droit est le bord de la gouttière muqueuse du canal cervical; le petit côté est la limite de la section latérale du col, et va de l'orifice profond à la paroi vaginale; l'hypoténuse, un peu courbe et non recti-

ligne, est constituée par le bord de la muqueuse vaginale du col.

2^e temps : Excision de quatre petits lambeaux prismatiques. — Sur chacun des quatre triangles cruentés qui viennent d'être décrits, on fait un évidement avec le bistouri tenu obliquement, de façon à enlever un petit lambeau en forme de prisme (fig. 104).

Une première incision est menée à 2 millimètres environ du bord de la gouttière muqueuse; une seconde suit l'hypoténuse

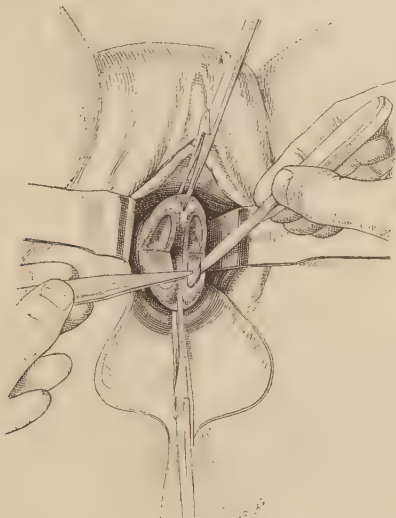


Fig. 104. — Stomatoplastie. (Pozzi, *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, 1909.) Evidement commissural du col.

du triangle; ces deux incisions convergent dans la profondeur et taillent le lambeau prismatique, qui ne tient plus que par sa base, tournée en haut; on achève de le détacher par une troisième incision longeant le petit côté du triangle.

On répète ensuite la même manœuvre sur les trois autres triangles.

3^e temps : Sutures. — 1^o Chacun des quatre avivements qui viennent d'être exécutés doit être suturé (fig. 105). Mais auparavant deux fils commissuraux sont passés et noués. Ils assurent l'hémostase et orientent convenablement la future

ligne de suture. On passe à la réunion des surfaces cruentées. Il faut habituellement deux fils pour chaque avivement; lorsqu'ils sont serrés, les deux parois de la petite cavité créée par l'excision du lambeau prismatique s'accolent exactement.

Pozzi emploie, pour cette suture, le fil d'argent fin; il tord le fil et passe ses deux chefs dans un grain de plomb qu'il écrase; ces plombs empêchent les bouts du fil de blesser les

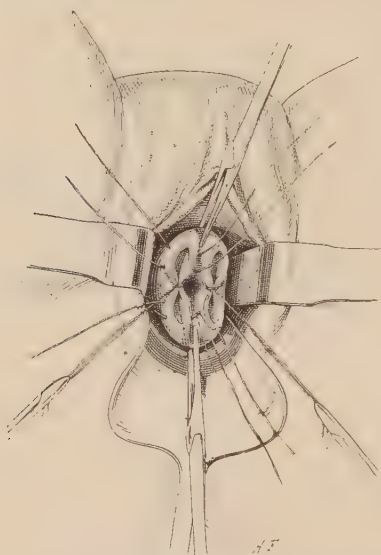


Fig. 105. — Stomatoplastie. (Pozzi, *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, 1909.) Passage des fils. Les points commissuraux sont noués.

parois vaginales et servent, en outre, de repères, pour l'ablation des fils (fig. 106).

2° On termine en plaçant un fil de chaque côté, sur l'angle d'écartement des deux moitiés du col, de façon à reconstituer jusqu'à un certain point les commissures.

L'opération terminée, le col présente un aspect tout particulier, en bec de canard (Pozzi), et sa cavité, largement ouverte laisse facilement pénétrer le doigt.

Plus tard, quand la cicatrisation s'est faite, le museau de tanche est tout à fait semblable à celui d'une multipare (orifice en fente transversale).

Pansement. — On met un peu de gaze chiffonnée entre les lèvres béantes du col et on tamponne le vagin. Ce pansement

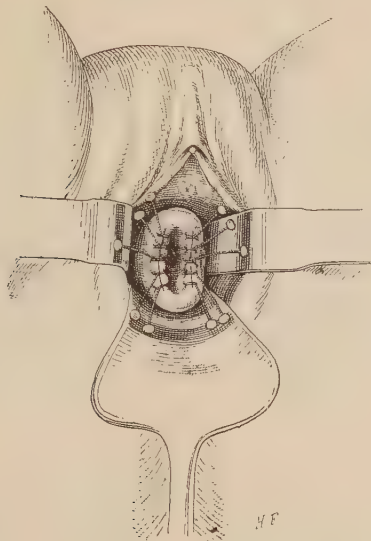


Fig. 106. — Stomatoplastie. (Pozzi, *Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, 1909.) Aspect du col une fois la stomatoplastie terminée.

est renouvelé tous les deux ou trois jours ; on enlève les fils le 15^e jour.

B. — Opération de Dudley.

Cette opération s'adresse aux cas d'antéversion, avec ou sans sténose du col ; en même temps qu'elle augmente les diamètres de l'orifice externe du col, elle le reporte en arrière. Elle consiste essentiellement dans un raccourcissement de la hauteur de la lèvre postérieure du col ; on la complète par une amputation partielle de la lèvre antérieure, souvent atteinte, dans ces cas, d'allongement hypertrophique. En voici la technique :

1^{er} temps : Incision médiane postérieure du col. — L'utérus est d'abord dilaté et curetté ; puis on sectionne, d'un coup de ciseaux, la lèvre postérieure du col, exactement sur la ligne

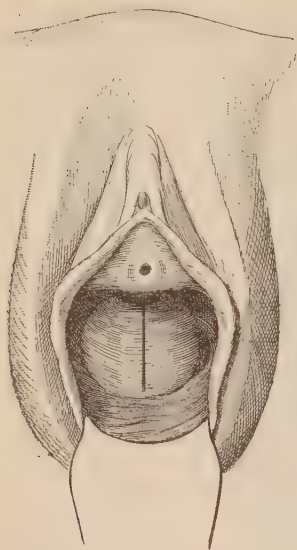


Fig. 107. — Opération de Dudley. — Tracé de l'incision médiane postérieure

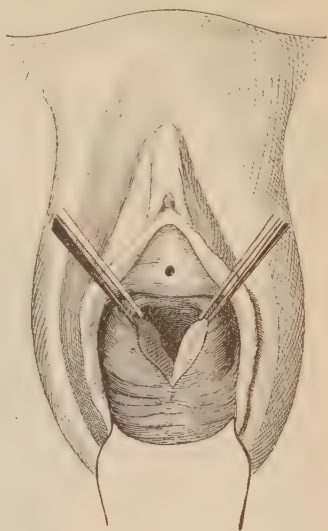


Fig. 108. — Opération de Dudley. — Écartement des deux lèvres de l'incision.

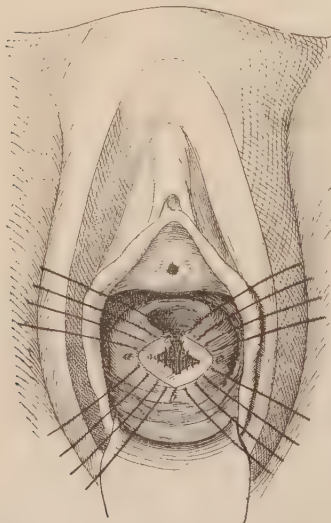


Fig. 109. — Opération de Dudley. Disposition des sutures postérieures. Reploiement de chacune des lèvres de l'incision médiane.

médiane, dans toute sa hauteur, c'est-à-dire jusqu'au-dessous de l'insertion vaginale (fig. 107).

2^e temps : Suture transversale de chacune des lèvres de l'incision. — On se trouve alors en présence des deux lèvres cruentées (fig. 108) résultant de cette section médiane postérieure du col. Chaque lèvre est saisie en son milieu par une pince à griffes; le chirurgien tient une de ces pinces; l'autre est confiée à un aide.

Au lieu de réunir, l'une à l'autre, ces deux lèvres par des

points transversaux de façon à redonner au col sa forme primitive, il faut replier séparément chaque lèvre en deux moitiés qu'on réunit (fig. 109) par des points de suture antéro-postérieure; on transforme ainsi l'incision verticale et médiane primitive en une ligne de suture transversale; d'où un double résultat : élargissement de l'orifice et de la cavité du col, diminution de hauteur de la face postérieure du col et report en arrière de son orifice externe.

On fera cette suture de la manière suivante, facile à comprendre si l'on se reporte aux fig. 109 et 110. On opère successivement sur chaque lèvre de l'incision cervicale. En tirant en dehors la pince amarrée sur le milieu de la lèvre, on infléchit celle-ci en un angle à ouverture interne, tournée vers la cavité cervicale; il s'agit de suturer l'une à l'autre les deux branches de cet angle. Une aiguille courbe, chargée de catgut (Dudley s'était servi, dans ses 14 opérations, de crin de Florence, mais il faut

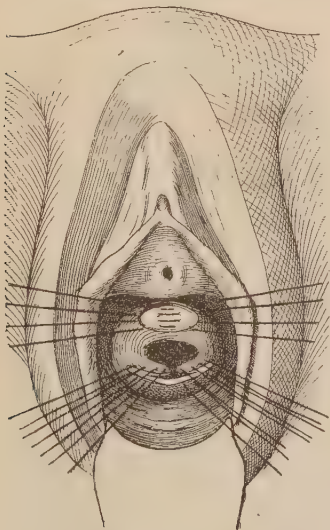


Fig. 110. — Opération de Dudley. — Passage des fils au niveau de la lèvre antérieure du col.

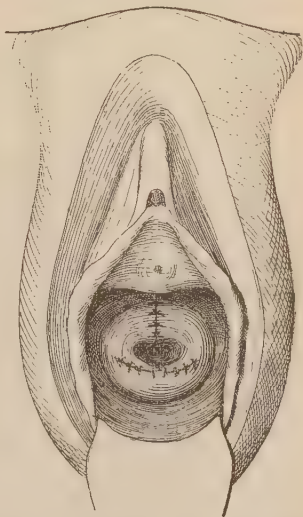


Fig. 111. — Opération de Dudley. — Forme et situation de l'orifice externe du col quand les sutures sont terminées.

alors enlever les fils), pénètre à l'extrémité antérieure de la lèvre de l'incision, au niveau du museau de tanche, puis vient

traverser la même lèvre, tout à fait en arrière, vers l'angle terminal de l'incision. En nouant le fil, on met en contact ces deux points : la lèvre correspondante de l'incision se trouve entièrement repliée et limite une fente transversale ; il ne reste plus qu'à placer, en dehors du premier fil, un ou deux autres qui réunissent les deux bords de cette fente.

Puis on traite de même l'autre lèvre de l'incision cervicale.

3^e temps : Amputation partielle de la lèvre antérieure du col.

— Si la lèvre antérieure est hypertrophiée, on en résèque alors la portion exubérante ; la section ne doit pas dépasser le niveau du museau de tanche.

Elle laisse une plaie ovalaire à grand axe transversal ; on la suture par quelques catguts passés transversalement (fig. 110), de façon à orienter dans le sens antéro-postérieur cette ligne de réunion, ce qui a pour effet de reporter l'orifice externe du col encore plus en arrière (fig. 111).

Tamponnement vaginal.

III. AMPUTATIONS INTRAVAGINALES DU COL

A. — *Procédé de Schröder.*

(Amputation partielle à un seul lambeau.)

1^{er} temps : Discision bilatérale du col. — On la fait (fig. 112), après dilatation préalable et ordinairement après curettage, de la manière indiquée plus haut.

2^e temps : Taille du lambeau sur la lèvre postérieure du col.

— La pince fixée sur la lèvre antérieure du col est confiée à l'aide. Le chirurgien saisit lui-même la lèvre postérieure au moyen d'une pince à griffes et commence à tailler le lambeau. Le fragment réséqué doit comprendre toute la muqueuse et la plus grande partie (les deux tiers environ) de l'épaisseur du parenchyme cervical ; il faut, en somme, dédoubler la lèvre postérieure du col (fig. 113) en deux moitiés inégales, l'une comprenant la muqueuse vaginale et peu de parenchyme, l'autre la muqueuse utérine et beaucoup de parenchyme (Richelot) ; on supprime ainsi tous les tissus malades et, en même temps, on

donne de la mobilité au lambeau conservé, ce qui facilitera la

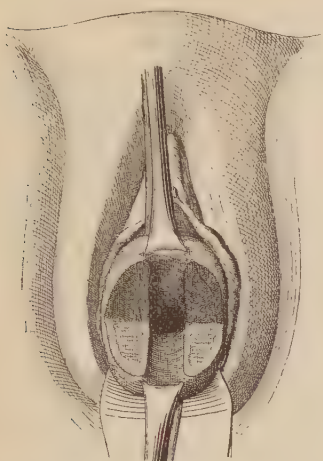


Fig. 112. — Amputation du col à un seul lambeau. — Procédé de Schröder. Discision bilatérale du col.

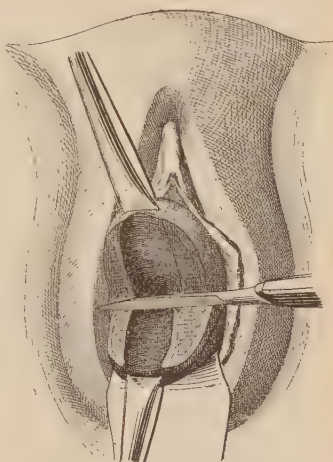


Fig. 113. — Amputation du col. — Procédé de Schröder. Taille du lambeau.

suture et permettra un bon affrontement des surfaces cruentées.

Pour obtenir cette mobilité indispensable, il faut avoir grand soin de donner au fragment réséqué plus d'épaisseur dans la profondeur, c'est-à-dire vers l'orifice interne du col, qu'à la surface, c'est-à-dire au museau de tanche; c'est à ce prix seulement qu'on obtiendra un renversement facile et correct du lambeau vaginal sur la tranche de section du col. Il suffit, pour s'en rendre compte, de comparer les figu-



Fig. 114. — Taille correcte des lambeaux pour l'opération de Schröder (d'après Monod et Vanverts).

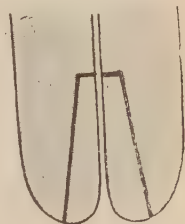


Fig. 115. — Mauvaise taille des lambeaux pour l'opération de Schröder. Le lambeau est trop épais au niveau de sa base et se repliera mal (d'après Monod et Vanverts).

res 114 et 115 représentant le bon et le mauvais Schröder.

On enfonce donc le bistouri dans le bord libre de la lèvre postérieure du col, en arrière de la pince qui fixe cette lèvre, et on avancera peu à peu, en sciant obliquement et en se rapprochant de plus en plus de la face vaginale du col.

Quand on a atteint la base du futur lambeau, on achève, d'un coup de ciseaux transversal, de détacher le fragment du col.

3^e temps : Suture du lambeau postérieur. — On a obtenu ainsi un lambeau cervical, correspondant à toute la largeur et toute la hauteur de la lèvre postérieure, présentant une face antérieure cruentée et une face postérieure tapissée par la muqueuse vaginale; au-dessus de la base de ce lambeau, on voit la tranche cervicale.

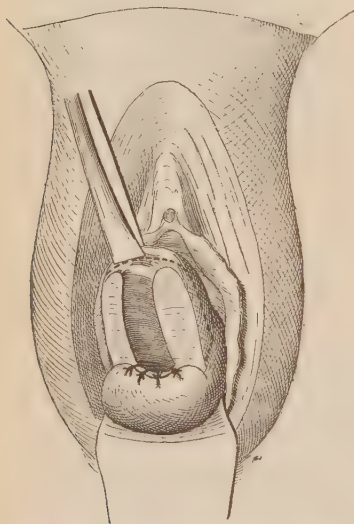


Fig. 116. — Amputation du col. — Procédé de Schröder. On a supposé sur cette figure l'opération terminée au niveau de la lèvre postérieure et non encore commencée au niveau de la lèvre antérieure.

Il s'agit maintenant de rabattre ce lambeau sur la tranche et de l'y fixer par des sutures (fig. 116). Plusieurs procédés ont été employés pour faire cette suture, toujours assez délicate. Voici, à notre avis, quels sont les meilleurs :

a) Procédé de Schröder :
C'est le plus simple : on emploie une aiguille fortement recourbée et des fils de crins. Il faut trois points pour coapter exactement le lambeau; on commence par en placer un sur la ligne mé-

diane, puis les deux autres de chaque côté.

Pour chaque point, l'aiguille traverse d'abord la tranche utérine au niveau de l'orifice interne, pénétrant dans la cavité cervicale à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la section du col; puis elle ressort et vient traverser le lambeau (fig. 117), près de son sommet, de sa face cruentée à sa face vaginale.

Quand les trois fils ont été placés de cette manière, on les

noue et le lambeau renversé vient s'appliquer exactement sur la tranche cervicale.

b) *Variante de Doléris* : elle ne diffère du procédé de Schröder que par le trajet qu'on fait décrire au fil. Celui-ci pénètre dans la muqueuse immédiatement au-dessus de la tranche cervicale et, décrivant une courbe dans l'épaisseur du parenchyme utérin, vient ressortir un peu au-dessous de la base du lambeau ; il s'enfonce ensuite une seconde fois (fig. 118) dans le lambeau qu'il traverse, de dedans en dehors, près de son sommet.

Fig. 117. — Coupe schématique montrant la disposition des sutures dans le procédé de Schröder (d'après Monod et Vançerts).

Fig. 118. — Disposition des sutures. — Modification de Doléris (d'après Monod et Vançerts).

c) *Variante de Houzel* : il est toujours dif-

ficile de bien nouer les fils dans les procédés précédents ; souvent ils se desserrent et l'affrontement est alors imparfait. Houzel a proposé d'éviter cet inconvénient par la technique suivante qui permet de nouer le fil dans le cul-de-sac vaginal bien plus facilement accessible que la cavité du col.

Une aiguille courbe à chas mobile est introduite dans la cavité cervicale, pique la muqueuse à 5 millimètres environ au-dessus de la tranche, sur la ligne médiane postérieure, et traverse toute l'épaisseur du col pour ressortir dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Elle y accroche deux fils doubles de catgut et les ramène (fig. 119) dans la cavité cervicale. Les anses des fils doubles sont alors coupées et l'on a, à ce moment, quatre catguts traversant toute l'épaisseur de la lèvre postérieure du col et ayant, chacun, un chef qui pend dans le vagin et un chef qui pend dans la cavité cervicale. Les deux chefs de chaque fil sont repérés par une même pince.

Ces quatre fils vont être disposés en éventail pour assurer la réunion de toute la lèvre postérieure. Voici leur trajet : pour chaque fil, on reprend le chef intracervical et on lui fait tra-

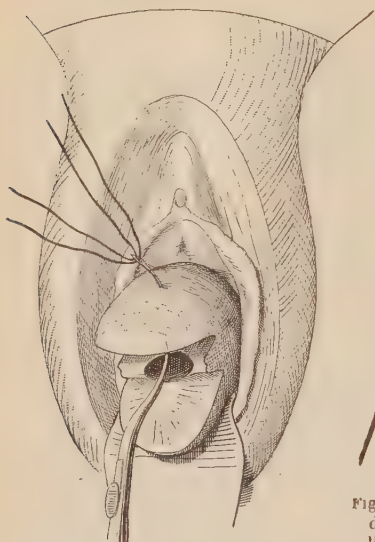


Fig. 119. — Amputation du col. — Variante de Houzel. L'aiguille, traversant toute l'épaisseur du col, vient accrocher deux anses de catgut dans le cul-de-sac vaginal.

On comprend qu'il suffit, dès lors, de tirer sur le chef vaginal du même fil pour obtenir un affrontement exact du lambeau et de la tranche cervicale. Quand la tension est complète, il ne reste qu'à nouer ensemble, à la face externe du col, les deux chefs intracervical et vaginal du fil.

Même manœuvre pour les trois autres fils.

4^e et 5^e temps : Taille et suture du lambeau sur la lèvre antérieure. — On ré-

verser le lambeau près de son sommet; on l'arrête à ce niveau par un premier nœud (fig. 120).

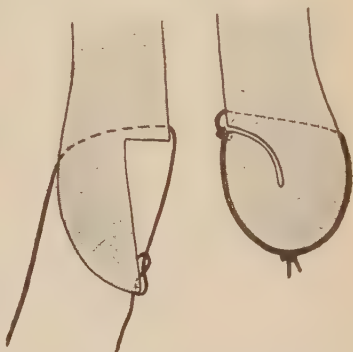


Fig. 120. — Coupe schématique montrant la disposition des sutures dans le procédé de Houzel.

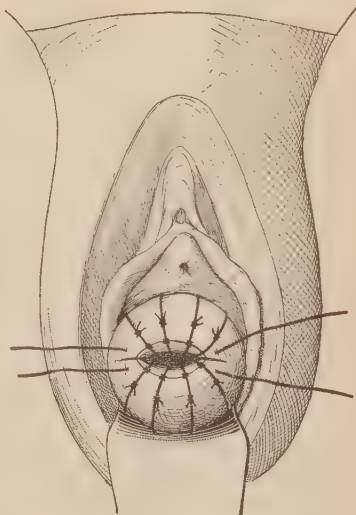


Fig. 121. — Amputation du col à un lambeau. — Variante de Houzel. Opération presque terminée. Il ne reste plus qu'à nouer les fils des commissures.

pète exactement, sur la lèvre antérieure du col, ce qui vient d'être fait sur la lèvre postérieure.

Pendant ce temps, on maintient le col abaissé par traction sur les fils, conservés longs, de la suture postérieure.

6^e temps : Reconstitution des commissures du col. — On achève en régularisant, de deux coups de ciseaux, les angles latéraux des lambeaux qui souvent se soulèvent en petites oreilles, et en y plaçant, de chaque côté, un ou deux points de catgut qui reconstituent les commissures (fig. 121).

Tous les fils sont enfin coupés ras et on place dans le vagin une mèche de gaze non serrée. Premier pansement au bout de 4 ou 5 jours. Il n'y a pas à enlever les fils, si l'on a employé le catgut.

B. — *Procédé de Simon-Marckwald.*

(Amputation partielle cunéiforme à deux lambeaux).

La résection porte ici surtout sur le parenchyme et peu sur la muqueuse, puisqu'on enlève un fragment cervical en forme de coin à arêtes supérieures; c'est donc habituellement, un procédé inférieur à celui de Schröder dans la métrite glandulaire; nous le croyons plutôt indiqué dans certaines hypertrophies du col.

1^{er} temps : Discision bilatérale du col, comme d'habitude.

2^e temps : Résection cunéiforme de la lèvre postérieure du col. — L'aide relève la pince fixée sur la lèvre antérieure; l'opérateur saisit celle fixée sur la lèvre postérieure. Il la relève d'abord pour se présenter la face vaginale de cette lèvre; avec le bistouri, il entaille cette face et divise, dans la moitié de son

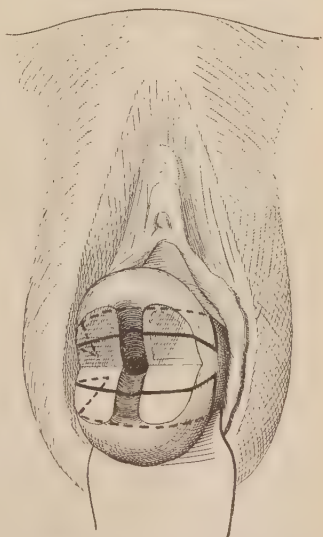


Fig. 122. — Amputation du col à deux lambeaux. — Procédé de Simon-Marckwald. Tracé des incisions.

épaisseur, le col par un trait oblique en avant (vers la cavité cervicale) et en haut (vers l'orifice interne).

Ceci fait, il abaisse la pince fixatrice et se présente la face antérieure ou intracervicale de la lèvre postérieure. Là encore il incise au bistouri, mais en obliquant en haut et en arrière, à la rencontre de la première incision. La convergence de ces deux incisions achève de libérer le fragment cunéiforme (fig. 122) que l'on doit réséquer et laisse en présence deux lambeaux égaux, se regardant par leur face cruentée et revêtus, sur leur face opposée : l'antérieur, par la muqueuse cervicale ; le postérieur, par la muqueuse vaginale. Jayle a récemment insisté sur l'utilité qu'il y a à bien éverser la muqueuse utérine.

3^e temps : Suture des deux lambeaux. — On la fait au catgut, à points séparés (fig. 125), avec une aiguille fortement recour-

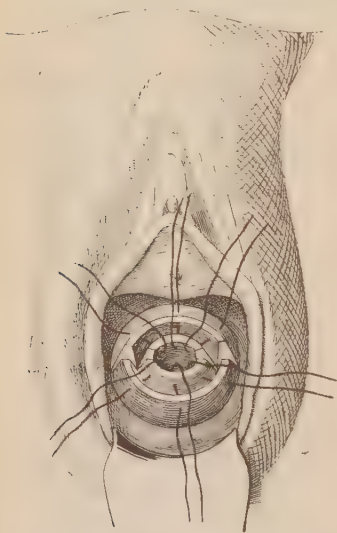


Fig. 125. — Amputation du col à deux lambeaux. — Procédé de Simon-Marckwald. Disposition des sutures.

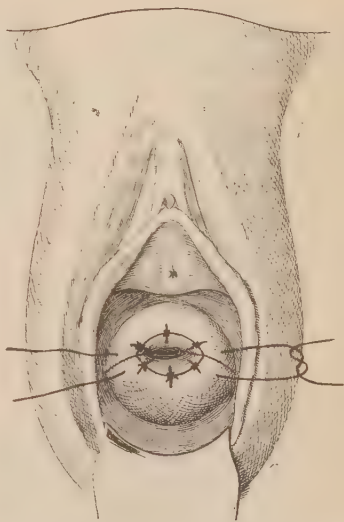


Fig. 126. — Amputation du col, opération terminée. — Il ne reste plus qu'à nouer les fils des commissures.

bée. Cette suture n'offre aucune difficulté ; la seule précaution à prendre, pour éviter tout espace mort, est de faire cheminer les fils sous toute l'étendue des surfaces cruentées.

4^e et 5^e temps : Résection cunéiforme et suture de la lèvre antérieure du col. — Mêmes manœuvres que sur la lèvre postérieure.

On termine en plaçant un point sur chaque commissure latérale (fig. 124).

Pansement comme après l'amputation de Schröder.

IV. AMPUTATION SUPRAVAGINALE DU COL

Complètement abandonnée aujourd'hui, au moins en France, dans le traitement du cancer du col utérin, cette opération n'est plus guère employée que dans certaines formes d'allongement hypertrophique du col.

1^{er} temps : Incision circulaire du vagin et libération des faces antérieure et postérieure du col. — Après un curettage préalable, on saisit le col avec une pince à dents et on l'abaisse. Avec le bistouri, on incise circulairement la muqueuse vaginale au ras de l'insertion sur le col; on trace d'abord la demi-circonférence antérieure de cette incision; pour bien exposer la région, l'opérateur attire en arrière le col, pendant que l'aide étale au moyen d'une valve la paroi vaginale antérieure. Une manœuvre analogue expose ensuite le fond du cul-de-sac postérieur et l'on trace la demi-circonférence postérieure de l'incision.

Ceci fait, on revient au cul-de-sac antérieur et, avec l'ongle du pouce, ou la pointe de ciseaux mousses fermés, on détache l'insertion du vagin en raclant la face antérieure du col, avec laquelle il faut toujours rester en contact.

Ce décollement est d'abord un peu délicat; puis, dès qu'on a dépassé en haut l'insertion vaginale, on tombe dans la couche celluleuse intervésico-utérine et le clivage devient facile (fig. 125); on le pousse jusqu'à la hauteur de l'isthme utérin, en restant par conséquent au-dessous du fond du cul-de-sac péritonéal qui ne doit pas être ouvert.

On passe ensuite à la dénudation de la face postérieure du col. Il faut ici redoubler d'attention et rester en contact très intime avec l'utérus : en effet, le cul-de-sac de Douglas descend jusqu'en arrière du vagin et, même avec ces précautions, il

peut arriver qu'on ouvre involontairement le péritoine. L'accident n'est pas grave si l'on est aseptique; il faut immédiatement fermer la brèche par quelques points de catgut.

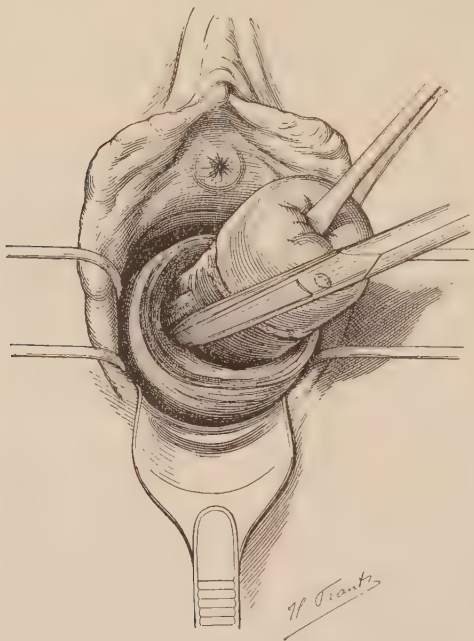


Fig. 125. — Amputation supra-vaginale du col. Décollement du vagin.
(D'après Krönig et Döderlein.)

En arrière, comme en avant, on s'arrête quand le décollement a atteint l'isthme utérin.

2^e temps : Ligature des branches cervicales de l'utérine et section de la base du ligament large. — Le col, libéré en avant et en arrière, ne tient plus que par ses bords latéraux sur lesquels viennent s'insérer, de chaque côté, des lames fibreuses placées de champ qui représentent la base des ligaments larges. Reste donc à couper ces deux lames; on le fait au ras du col, pour éviter sûrement l'uretère; on passe donc en dedans de la crosse que décrit l'utérine et il n'y a pas à lier le tronc de cette artère. Mais, dans la base du ligament large que l'on va sectionner, cheminent toutes les branches cervicales de l'utérine;

d'où la nécessité de lier en masse les tissus avant de les couper.

On fait la ligature et la section successivement de chaque côté.

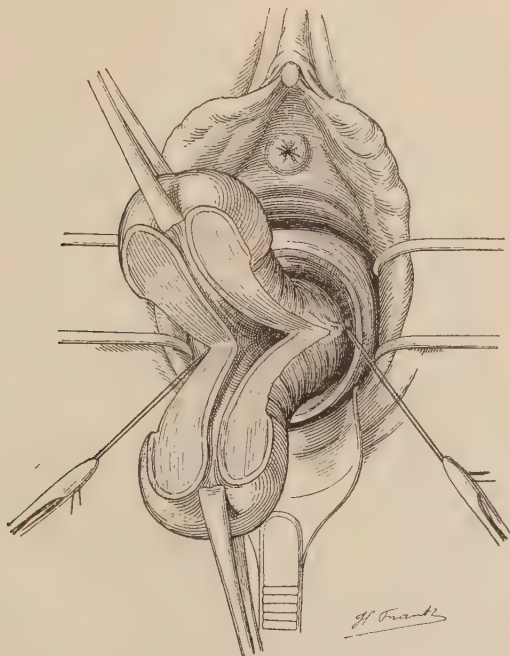


Fig. 126. — Amputation supra-vaginale. Discision bilatérale du col.
(D'après Krönig et Döderlein.)

Pour le côté droit, on attire le col à gauche, pendant que l'aide écarte, avec une valve étroite, la paroi droite du vagin. Au fond du cul-de-sac latéral incisé, le doigt ou la sonde cannelée va dilacérer les tissus latéro-utérins et isoler la lame transversale que forme la base du ligament large. Quand celle-ci est bien dénudée, en avant et en arrière, jusqu'à la hauteur de l'isthme, on la traverse, à ce niveau, à 3 ou 4 millimètres du bord utérin, par une aiguille courbe chargée d'un fil de catgut. Ce fil étreint en masse toute la base du ligament large et, lorsqu'il est bien serré, on coupe en dedans de lui, au ras du col.

Mêmes manœuvres du côté gauche.

Le col, entièrement libéré dans toute sa hauteur, se laisse complètement abaisser.

5^e temps : *Amputation du col.* — La section porte à la hauteur de l'isthme : c'est une amputation totale du col. On peut faciliter ce temps en faisant d'abord la discision bilatérale du

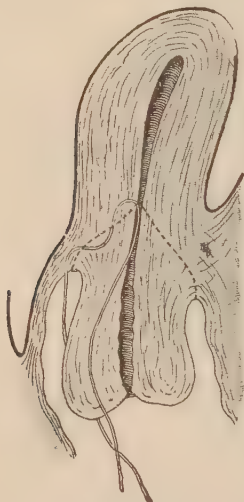


Fig. 127. — Amputation supra-vaginale du col. — Coupe schématique antéro-postérieure montrant l'incision cunéiforme et le trajet des sutures. (Monod et Van-verts.)

col dans toute sa hauteur (fig. 126), puis en amputant successivement la moitié antérieure, puis la moitié postérieure. On peut aussi faire la section d'un seul coup.

Il est préférable de ne pas faire une section transversale, *en rave*, mais bien de creuser le moignon vers sa partie centrale, de faire une *amputation conoïde* (fig. 127) (Huguier, Hégar). Les sections, faites au bistouri, seront donc dirigées en haut et vers la cavité utérine, c'est-à-dire en avant pour la moitié postérieure, en arrière pour la moitié antérieure du col.

4^e temps : *Suture.* — Il ne reste plus qu'à réunir complètement la plaie en suturant exactement la tranche vaginale à la tranche utérine. Cette suture (catgut, points séparés) ne présente rien de particulier.

Pansement comme après l'amputation intra-vaginale.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS VAGINALES DANS
LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Nous ne nous occuperons ici que des rétrodéviations. C'est à elles que l'on aura affaire dans la majorité des cas justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans l'antéversion, on peut employer l'*opération de Dudley* qui a été décrite au chapitre précédent (page 99). L'antéflexion ne crée que bien rarement une indication opératoire : on pratiquerait alors le redressement utérin au moyen de séances de dilatation répétées.

Les opérations vaginales proposées contre la rétrodéviation sont nombreuses. Nous ne parlerons pas du raccourcissement et de la fixation vaginale des ligaments ronds; cette opération est plus difficile que le raccourcissement par voie inguinale ou par voie abdominale et ne saurait donner de meilleurs résultats.

Restent donc, d'une part, les interventions qui ont pour but le redressement de l'utérus rétrofléchi : ce sont la *cunéo-hystérectomie antérieure vaginale* de Follet et le *redressement vaginal* de Doyen; et, d'autre part, les *hystéropexies vaginales* (colpo-hystéropexie, ou vagino-fixation), dans lesquelles on suture la face antérieure du corps de l'utérus au vagin.

I. CUNÉO-HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ANTÉRIEURE

1^{er} temps : Incision du cul-de-sac antérieur du vagin et du cul-de-sac péritonéal préutérin. — Le col étant attiré en

arrière et abaissé au moyen d'une pince fixatrice, on incise transversalement le fond du cul-de-sac antérieur au niveau de son insertion sur le col.

Puis on sépare, avec le doigt, la vessie du col utérin, jusqu'à ce qu'on arrive sur le fond du cul-de-sac vésico-utérin. Celui-ci est reconnu et largement incisé en travers, de façon à permettre l'introduction facile de 2 ou 3 doigts dans la cavité péritonéale.

2^e temps : Exploration du bassin, libération et abaissement de l'utérus dans le vagin. — Les doigts, ainsi introduits dans la cavité pelvienne, reconnaissent le corps utérin et le contournent en détruisant les adhérences qui le fixent en rétroversion. Cette manœuvre est facile pour les adhérences antérieures; en arrière, au contraire, elle est toujours difficile et souvent impossible, si bien qu'il a fallu parfois ouvrir le cul-de-sac postérieur pour aller directement explorer le Douglas. Mieux vaut d'ailleurs, toutes les fois qu'on soupçonne des adhérences solides et étendues, intervenir par l'abdomen.

Quand ils ont ainsi complètement libéré et mobilisé l'utérus, les doigts en accrochent le fond et le font basculer en avant, dans la plaie vaginale.

3^e temps : Résection cunéiforme et suture de l'utérus. — L'organe, étant ainsi attiré dans le vagin, devient facilement accessible aux instruments.

Sur sa face antérieure, à la hauteur de l'inflexion qui correspond habituellement à l'isthme, on décolle le péritoine et on circonscrit, par deux incisions transversales et légèrement courbes, une surface elliptique occupant toute la largeur de l'utérus et haute de 15 à 20 millimètres. C'est la base du fragment cunéiforme qu'il faut maintenant réséquer en taillant obliquement dans le muscle utérin; le sommet du coin doit affleurer la muqueuse utérine sans l'intéresser.

La résection faite, on réunit l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie utérine par 4 points de catgut placés verticalement.

4^e temps : Réduction de l'utérus, suture du cul-de-sac péritonéal préutérin et suture de l'incision vaginale.

II. REDRESSEMENT VAGINAL DE L'UTÉRUS (PROCÉDÉ DE DOYEN)

1^{er} temps : Redressement de l'utérus par traction sur le col. —
Deux pinces saisissent le col et l'attirent fortement en bas



Fig. 128. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi.
Section du cul-de-sac antérieur. (Doyen.)

(fig. 128); cette simple manœuvre suffit à opérer le redressement et il est inutile d'introduire un hystéromètre.

2^e temps : Incision du vagin et ouverture du cul-de-sac péritonéal préutérin. — Comme dans la cunéo-hystérectomie antérieure, les pinces fixatrices attirent de plus en plus le col en bas et en arrière (fig. 129).

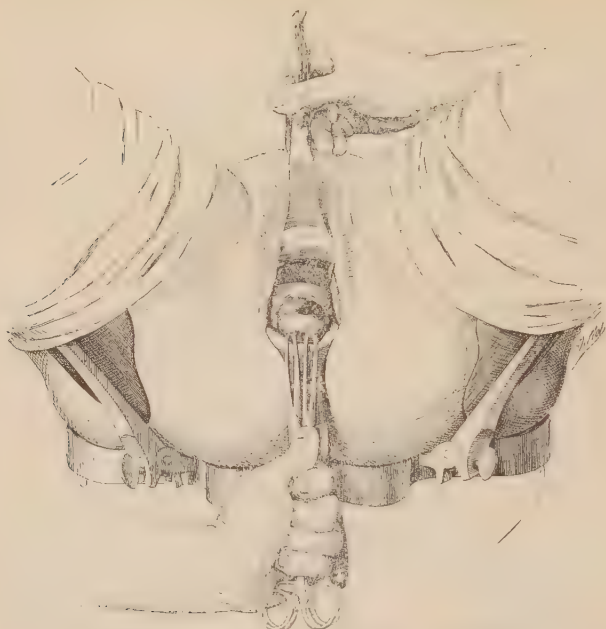


Fig. 129. — Redressement de l'utérus rétrofléchi. — Écartement des lèvres de la plaie vaginale. (Doyen.)

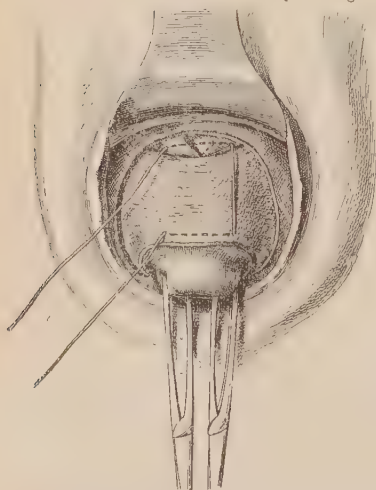


Fig. 150. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Application du premier fil. (Doyen.)

3^e temps : Redressement et fixation de l'utérus. — On soulève la vessie avec un écarteur; la face antérieure de l'utérus, toujours fortement abaissé, est bien visible.

L'un des chefs d'une anse de soie forte est passé transversalement dans le corps utérin, à une profondeur de 3 millimètres et dans une étendue de 15 millimètres environ (fig. 150); puis l'autre chef du même fil est passé, de la même façon, dans la

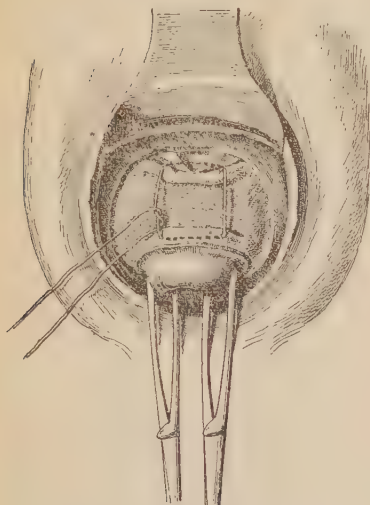


Fig. 151. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Le premier fil est noué mais non serré. (Doyen.)

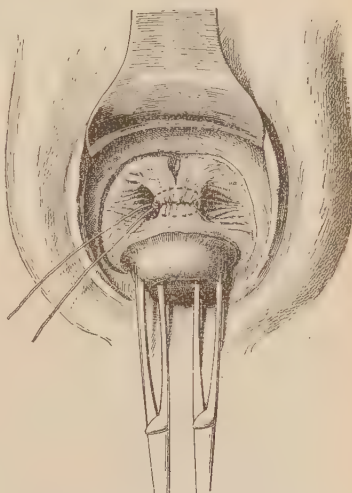


Fig. 152. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Le fil une fois serré, la paroi utérine antérieure se trouve raccourcie. (Doyen.)

portion sus-vaginale du col, à une distance du premier variable suivant l'étendue du redressement à obtenir. En nouant les deux chefs (fig. 151 et 152),

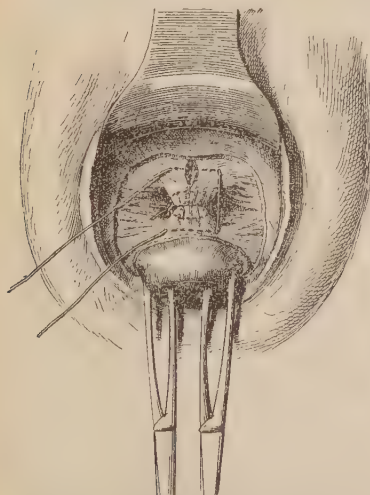


Fig. 153. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Application du second fil. (Doyen.)

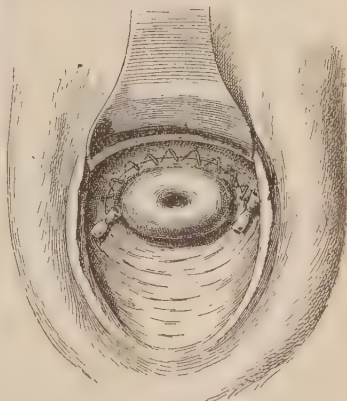


Fig. 154. — Redressement vaginal de l'utérus rétrofléchi. — Opération terminée. (Doyen.)

la paroi utérine antérieure se trouve raccourcie de toute la distance qui les séparait primitivement.

Au-dessus de cette première anse, on en place une seconde qui décrit un trajet absolument analogue (fig. 155) et renforce le redressement.

4^e temps : Suture du cul-de-sac antérieur du vagin (fig. 154). — (Doyen combine habituellement cette opération avec le raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds, fait dans la même séance.)

III. HYSTÉROPEXIE VAGINALE

Depuis les premières opérations, très imparfaites, de von Rateau et de Schücking, de très nombreux procédés ont été imaginés. Les meilleurs et les plus employés sont ceux de Mackenrodt et de Dührssen, en Allemagne, où l'opération est plus en faveur que chez nous; de Richelot et de Le Dentu et Pichevin, en France.

Nous laissons de côté la *vésico-fixation* de Mackenrodt, actuellement abandonnée par son auteur lui-même.

Procédé de Le Dentu et Pichevin.

Il est souvent indiqué de faire précéder l'opération d'une amputation intravaginale du col. Dans tous les cas, on commencera par un curettage.

1^{er} temps : Incision vaginale. — Une pince, fixée sur la lèvre antérieure, abaisse le col. Sur le vagin, on place trois pinces tire-balles destinées à bien étaler la paroi antérieure : l'une est, immédiatement en arrière de l'orifice urétral, sur le tubercule antérieur du vagin; les deux autres sont fixées sur les parois latérales.

On trace alors, au bistouri, une incision verticale et médiane (fig. 155), commençant à 1 centimètre en arrière de l'urètre et finissant à 3/4 de centimètre en avant du col.

Les deux lèvres de cette incision sont alors disséquées sur

une largeur d'au moins 2 centimètres (fig. 156), en séparant la paroi vaginale de la vessie. Si le vagin est très large et s'il est

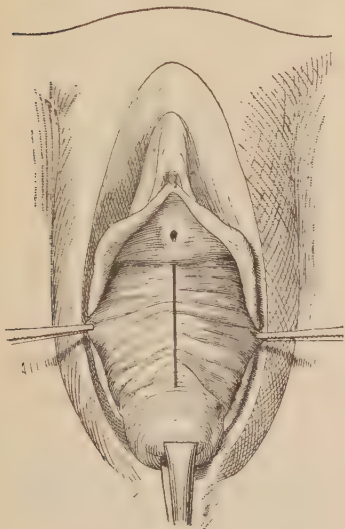


Fig. 155. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Tracé de l'incision.

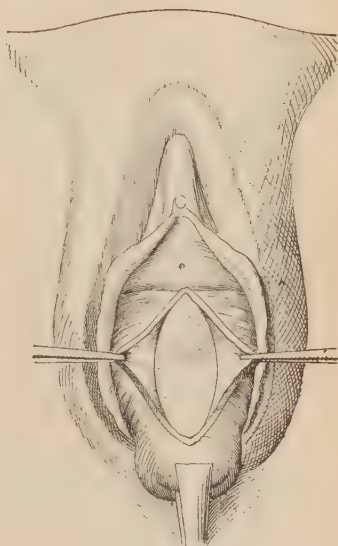


Fig. 156. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Dissection des lambeaux vaginaux.

indiqué de le rétrécir, il faut pousser plus loin cette dissection et réséquer, à droite et à gauche, un lambeau vaginal de dimensions suffisantes.

2^e temps : Ouverture du cul-de-sac péritonéal. — Dans leurs premières opérations, Le Dentu et Pichevin introduisaient alors un hystéromètre ou une pince-hystéromètre spéciale; cette manœuvre est inutile et ils l'ont abandonnée aujourd'hui.

Aussitôt que la dissection des lambeaux vaginaux est achevée, il faut donc, avec l'index, décoller la vessie (fig. 157) du col utérin jusqu'au péritoine, puis la faire soulever par une petite valve.

Le cul-de-sac vésico-utérin reconnu, il faut l'ouvrir pour pouvoir fixer le corps utérin lui-même; on incise donc la séreuse (fig. 158) d'un coup de ciseaux.

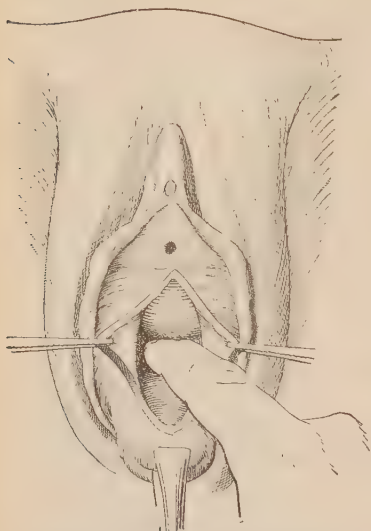


Fig. 157. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Décollement de la vessie.

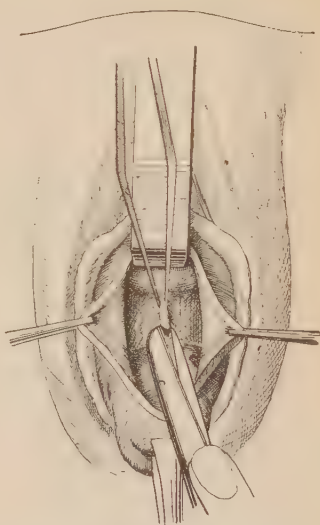


Fig. 158. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Ouverture du cul-de-sac péritonéal.

3^e temps : *Libération et abaissement de l'utérus.* — On profite de cette ouverture de la séreuse pour introduire deux doigts qui vont explorer l'utérus et les annexes.

Il faut ensuite faire basculer l'utérus en avant et l'abaisser. On y arrive en plaçant sur les parties accessibles de l'organe des fils de traction : on en met 2 ou 3 sur des points de plus en plus élevés de la face antérieure, jusqu'à ce que le fond devienne accessible.

4^e temps : *Fixation vaginale de l'utérus.* — On emploie pour les sutures de la soie plate.

Le premier fil (fig. 159) doit être placé haut sur la paroi utérine; néanmoins, comme dans toute hystéropexie, il faut respecter le fond de l'organe et ne pas dépasser la ligne horizontale passant par l'insertion du ligament rond⁽¹⁾. Du côté du

(1) Pichevin, d'ailleurs, n'emploie plus la vagino-fixation chez les femmes qui sont susceptibles d'avoir des enfants, et elle doit être *absolument rejetée* s'il y a possibilité de grossesse ultérieure.

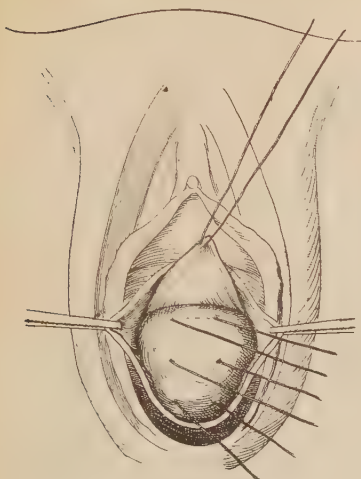


Fig. 139. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Passage des fils au niveau de la paroi utérine.

dedans en dehors, la lèvre droite de l'incision vaginale, à 5 millimètres de son bord libre.

On place ensuite 3 autres fils fixateurs, réunissant de la même façon l'utérus au vagin; ils s'étagent sur la paroi utérine, du fond vers le col.

Entre ces 4 fils utéro-vaginaux, on place 4 fils qui ne prennent que les bords de l'incision vaginale (fig. 140); on fait donc alterner les fils fixateurs de l'utérus avec des fils de simple affrontement vaginal.

vagin, ce même fil sera placé le plus près possible du méat urétral.

Il décrit le trajet suivant : il traverse d'abord, de dehors en dedans, la lèvre gauche de l'incision vaginale, à 5 millimètres au moins de son bord libre; puis il décrit, de gauche à droite, dans la paroi antérieure de l'utérus, à une profondeur de 4 ou 5 millimètres, un trajet transversal de 1 centimètre; il ressort enfin en traversant, de

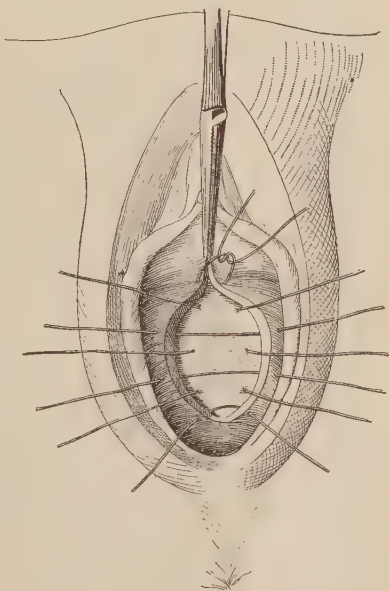


Fig. 140. — Colpo-hystéropexie antérieure. — Procédé de Le Dentu-Pichevin. Disposition des sutures.

On enlève, au fur et à mesure, les fils à traction utérine devenus inutiles.

Quand tous les fils utéro-vaginaux, ou simplement vaginaux, sont placés, on les noue, en commençant par le plus antérieur.

Il faut habituellement terminer l'opération par une colpopérinéorraphie.

Le Dentu et Pichevin n'enlèvent les fils fixateurs qu'au bout de trois semaines.

Actuellement, à l'étranger, on préconise beaucoup, contre le prolapsus chez les femmes d'un certain âge, l'opération de Schauta-Wertheim qui consiste à inclure et à fixer dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale l'utérus qu'on bascule en antéverson complète après avoir pratiqué la section bilatérale des trompes destinée à empêcher les grossesses ultérieures.

L'opération s'exécute comme suit : incision longitudinale de la paroi vaginale antérieure, puis ouverture transversale du cul-de-sac péritonéal antérieur comme dans le procédé de vaginofixation décrit plus haut. Le fond de l'utérus est alors amené au dehors. Les trompes sont sectionnées entre deux ligatures au niveau de leur insertion utérine. L'utérus est alors basculé de manière à ce que sa face postérieure soit complètement exposée, et, s'il est de dimensions convenables pour prendre place dans la loge inter-vésico-vaginale, on suture immédiatement sa face postérieure à hauteur du col à la lèvre antérieure du cul-de-sac péritonéal. (Si l'utérus est trop gros, au lieu de cette opération, on pratique l'hystérectomie.) Puis on laisse l'utérus se redresser jusqu'à ce que sa face postérieure se mette en contact avec la face cruentée vésicale. Par devant la face antérieure de l'utérus ainsi placé, on ramène de chaque côté les lèvres de l'incision vaginale et on les suture au corps utérin de manière à le recouvrir en partie, mais en ayant soin toutefois de laisser à nu une petite zone de sa partie médiane, afin d'éviter une trop forte saillie vaginale à ce niveau. Suivant Döderlein cette zone s'épidermise par la suite, si bien que plus tard la paroi vaginale se trouve parfaitement reconstituée

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS VAGINALES CONSERVATRICES
DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES
UTÉRINS

Nous étudierons ici successivement l'ablation des polypes fibreux à évolution vaginale, opération très simple et qui a toujours été pratiquée; puis l'énucléation par le vagin des fibromes sous-muqueux sessiles, ou *myomectomie vaginale* : elle peut se pratiquer après discision bilatérale du col, suivant l'ancien procédé d'Amussat, complété par le morcellement de Péan; c'est la méthode qu'ont vivement défendue P. Segond, au Congrès international de 1900, et son élève Dartigues, dans sa thèse (1901); on peut aussi faire la myomectomie vaginale à la faveur d'une incision médiane de la paroi antérieure de l'utérus, analogue à celle du début de l'hystérectomie vaginale : c'est ce que Doyen préconisait dès 1892. Nous décrirons la technique de ces deux interventions.

Nous laisserons de côté la myomectomie vaginale par incision médiane postérieure de l'utérus, qui n'a guère été employée et ne présente aucun avantage sur les opérations précédentes, et les *myomectomies transvaginales*, opérations d'exception, dans lesquelles on incise un cul-de-sac vaginal pour arriver sur un fibrome sous-péritonéal ou intraligamentaire.

I. ABLATION DES POLYPES FIBREUX A ÉVOLUTION VAGINALE
(POLYPECTOMIE VAGINALE)

La *préparation de la malade* sera la même que pour une grande opération; on peut d'ailleurs être forcé de pratiquer l'hystérectomie, et il faut avoir à sa disposition les instruments nécessaires.

1^o *Lorsque le polype est de dimensions moyennes*, son ablation est des plus simples. La dilatation du col est habituellement inutile, même si la tumeur n'a pas été accouchée dans le vagin, et si elle reste incluse dans la cavité utérine; si cependant elle était nécessaire, on la ferait avec les bougies d'Hégar. Le polype est reconnu, saisi avec une ou deux pinces à tractions, abaissé et tordu jusqu'à ce qu'il se détache. Cette manœuvre, simple et assurant l'hémostase, suffit aux cas de pédicules minces.

Lorsque le pédicule est plus volumineux, il est plus prudent d'aller le saisir entre les mors d'une pince, et de le sectionner au-dessous. La pince peut être laissée en place pendant 48 heures ou mieux, le pédicule sera lié avec un fort catgut.

2^o *Lorsque le polype est trop volumineux pour pouvoir être extrait par les voies naturelles*, il faut le morceller, et cela aussi bien lorsqu'il est entièrement contenu dans la cavité utérine, que lorsqu'il franchit l'orifice du col pour venir faire saillie dans le vagin.

La tumeur vaginale, s'il y en a une, est donc saisie au moyen de grandes pinces à crochets ou d'un tire-bouchon, et attaquée en son centre, qu'il faut évider pour en réduire le volume : on peut, à volonté, soit enlever des fragments conoïdes du fibrome, suivant la technique qui sera décrite à propos de la myomectomie, soit employer le tube tranchant de Doyen qui découpe rapidement des cylindres dans la tumeur.

Ce n'est que quand le morcellement sera suffisamment avancé, qu'on pourra reconnaître et traiter le point d'implantation du fibrome. S'il s'insère sur l'une des lèvres du col, la torsion ou la section du pédicule se fera sans la moindre difficulté; s'il y a, au contraire, une masse néoplasique intra-utérine, il faudra maintenant la réduire par morcellement jusqu'à ce qu'on puisse l'extraire en totalité. Les manœuvres sont alors très analogues à celles que nous décrirons pour les fibromes non pédiculés.

II. MYOMECTOMIES VAGINALES

A. — Énucléation des fibromes par hystérectomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale (procédé de Paul Segond) ⁽¹⁾.

La malade, préparée comme pour une hystérectomie vaginale, est placée en position dorso-sacrée.

On peut commencer par un curettage utérin, mais celui-ci sera toujours forcément incomplet par suite de la présence de la tumeur. Dans tous les cas, on explorera l'utérus à l'hystéromètre, pour s'assurer, autant que possible, du nombre et du siège des fibromes.

1^{er} temps : Incision commissurale du col uni- ou bilatérale. — Le col saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux, abaissé et amené à la vulve, on le sectionne aux ciseaux au niveau d'une commissure jusqu'à l'isthme et même au delà, en empiétant au besoin sur le bord latéral correspondant du corps; l'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul-de-sac latéral du vagin. Lorsqu'on la prolonge au delà de l'isthme, il faut s'avancer plus en dedans vers le canal utérin qu'en dehors, où est l'artère.

Rarement (un quart des cas, d'après Dartigues), cette incision unilatérale est suffisante; habituellement, il faut la faire de chaque côté et fendre transversalement le col en « gueule de four ».

Cette section est presque toujours exsangue; parfois cependant il faut s'occuper de l'hémostase qui sera assurée par quelques longues pinces de Kocher appliquées dans l'angle dièdre de section de l'utérus ou sur une artériole aperçue.

2^e temps : Exploration de l'utérus. — « Par le large accès donné par l'hystérotomie cervico-vaginale latérale, on expose l'utérus : quelquefois la tumeur, bombant à travers l'utérus

(1) La description de ce procédé est entièrement empruntée à la thèse de Dartigues (Paris, 1900), où l'on trouvera très complètement exposée toute la chirurgie conservatrice des fibromes.

bivalve, vient s'offrir à la vue; il n'est guère alors possible et utile d'explorer davantage : on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement. Le plus souvent, on peut introduire l'index tout entier que l'on promènera sur les faces, les bords, les angles de la cavité utérine, et l'on se rendra compte, de cette façon, du siège exact du fibrome, reconnaissable à sa consistance plus dense, de son volume, du point où il est le plus aisément accessible, de la place où il y aura avantage à pratiquer la première implantation du tire-bouchon.

« Cette investigation méthodique sera facilitée en pratiquant l'abaissement de l'utérus par la traction sur les pinces appliquées sur les lèvres du col, et surtout par le toucher bimanuel abdomino-intra-utérin : une main à l'hypogastre abaissant le fond utérin, un doigt ou même deux dans la cavité utérine. »

3^e temps : Morcellement du fibrome. — « La cavité utérine étant explorée, l'index placé sur la partie la plus saillante ou la plus accessible du fibrome, avec l'ongle simplement, on cherche, pour arriver sur le tissu propre de la tumeur, à déchirer la muqueuse, à effondrer la coque péri-fibreuse, en dissociant les fibres musculaires; si le fibrome est visible d'emblée, on pourra faire ce débridement de la capsule au bistouri. La déhiscence de la coque étant ainsi obtenue, on décortique avec l'extrémité du doigt, dans une certaine étendue et dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait ainsi hernie, reconnaissable facilement à son aspect blanchâtre, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse.

« On a, de cette façon, une aire de fibrome dégagé où l'application du tire-bouchon est directe. On enfonce celui-ci de quelques tours, et quand on sent bien la tumeur en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décortication et l'on procède à l'énucléation pure et simple, si le fibrome est petit; on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire.

« C'est un morcellement par évidement conoïde en plein fibrome, avec le tire-bouchon comme axe. Avec la main droite, armée du couteau à long manche, à lame lancéolaire

légèrement recourbée et bitranchante de Segond, on plonge franchement cet instrument dans le tissu fibreux et un peu obliquement vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements légers de va-et-vient, on décrit une sorte de circumduction (fig. 141) qui ramène le couteau à son point de

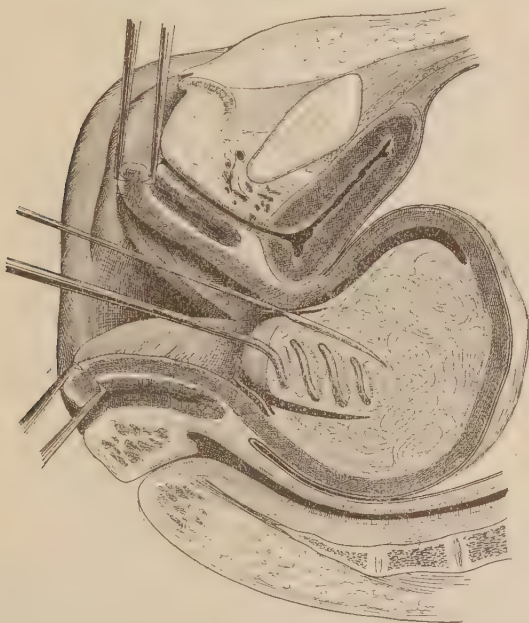


Fig. 141. — Hystérotomie cervico-vaginale. — Procédé de P. Segond. Le couteau décrit autour des spires du tire-bouchon un mouvement de circumduction. (D'après Dartigues.)

départ. Le tire-bouchon cède sous l'effort : il a entraîné avec lui un fragment conique du fibrome. On continue la même manœuvre plusieurs fois (fig. 142), autant qu'il est nécessaire pour diminuer le volume de la tumeur.

« Quand le morcellement est assez avancé, quand le plan de clivage capsulaire est trouvé, on peut introduire des écarteurs étroits dans l'utérus lui-même : ils écartent fort bien et protègent les parois utérines ; mais ils ne sont pas toujours nécessaires.

« Les derniers morceaux de l'évidement sont les plus gros, ce qui se comprend; car le fibrome, une fois réduit de volume, permet au doigt une action plus efficace et une possibilité plus grande de trouver le plan de clivage : alors, par des mouve-

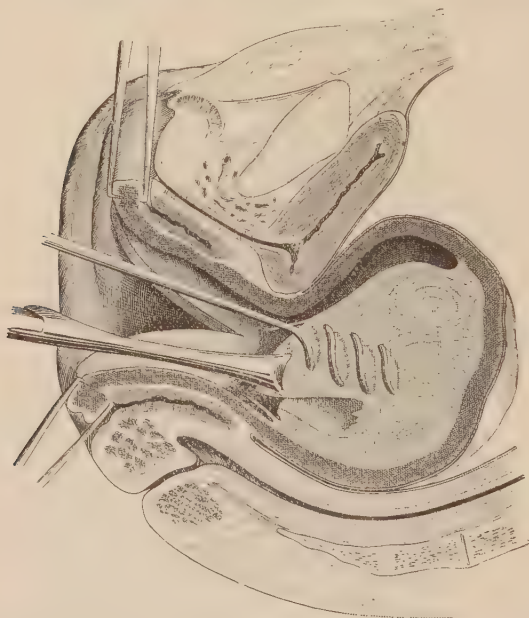


Fig. 142. — Hystérotomie cervico-vaginale. — Procédé de P. Segond. Un premier cône fibreux a été détaché. Le fibrome étant maintenu par la pince, le tire-bouchon est revissé. (D'après Dartigues.)

ments de traction, de torsion, de rotation combinés, s'opère le désenclavement, quelquefois presque spontané, de la partie supérieure de la tumeur qui vient en bloc à la vulve.... Mais il est d'autres cas, où le fibrome, solidement incrusté, résiste jusque dans ses dernières attaches, sans jamais offrir les zones de décollement espérées; on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement, mais il faut alors se méfier, et la prudence conseille de substituer au tire-bouchon, comme instrument de prise, des pinces à abaissement, et quelquefois, au couteau à double tranchant, de longs ciseaux courbes, de peur de traverser la paroi utérine à la fin de l'opération. »

Cette manœuvre de morcellement et d'énucléation sera répétée de la même façon pour chaque fibrome, s'il y en a plusieurs.

4^e temps : Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine. — On commence par explorer la cavité utérine avec le doigt surtout, parfois aussi avec l'extrémité mousse d'une grosse bougie d'Ilégar : on vérifie qu'il n'y a pas de solution de continuité de la coque utérine, on reconnaît les loges d'énucléation et la cavité utérine elle-même.

Il faut d'abord assurer l'hémostase de ces loges ; il est rare que quelque point saigne assez abondamment pour nécessiter l'application de pinces à demeure. On régularise en réséquant, aux ciseaux courbes, les lambeaux capsulaires irréguliers ; puis on nettoie la cavité utérine et les loges fibreuses, non pas avec une grande injection, mais en les essuyant avec des compresses montées imbibées de sublimé ou d'eau stérilisée chaude à 50 degrés.

On termine par le tamponnement des loges d'énucléation et de la cavité utérine au moyen de lanières de gaze stérilisée ou mieux de mèches ourlées en nombre variable, suivant la capacité des loges, en ayant soin de faire ressortir une de leurs extrémités dans le vagin, afin d'éviter l'oubli de l'une d'elles dans l'utérus au cours des pansements.

5^e temps : Suture du col. — Elle n'est pas indispensable, et on a pu s'en passer dans un tiers des cas de Dartigues. On suturera quand l'utérus aura été largement fendu sur les bords, quand une petite hémorragie pourra être arrêtée par la simple coaptation des lèvres du col. On ne suturera pas si l'incision n'est pas très profonde ni hémorragique, si l'on a été obligé de placer des pinces à demeure, si l'on veut laisser la cavité utérine largement béante pour assurer un bon drainage.

Si l'on se décide pour la suture, on la fera par 3 ou 4 points de catgut ; la seule précaution à prendre est d'éviter de coincer les mèches de gaze intra-utérines.

Tamponnement vaginal. Pas de sonde à demeure.

Suites opératoires. — Premier pansement le 5^e jour : ablation des mèches vaginales et intra-utérines ; lavage des cavités par une injection chaude sous faible pression, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ; remise en place de nouvelles mèches.

Ce pansement est renouvelé au bout de 5 à 4 jours, puis à partir du 12^e jour on ne fait plus que des injections quotidiennes.

La malade se lève vers le 20^e jour.

L'involution utérine (retour de l'organe à ses dimensions normales), quelquefois très rapide (10 jours), exige habituellement un à deux mois.

B. — Énucléation des fibromes par hystérotomie vaginale médiane antérieure (procédé de Doyen).

1^{er} temps : Libération du col. — Le col étant abaissé à la vulve et les parois vaginales écartées par deux valves, on incise l'insertion du vagin sur le col comme au début d'une hystérectomie. Ce n'est qu'au cas de fibrome très volumineux qu'il faut inciser circulairement cette insertion et ouvrir le cul-de-sac postérieur. Habituellement, il suffit d'inciser seulement la demi-circonférence antérieure de l'insertion vaginale.

Puis on décolle, en avant et sur les côtés, avec le doigt, la vessie de l'utérus, comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale. La vessie libérée est soulevée au moyen d'une valve étroite.

On doit autant que possible éviter l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, quoique cette ouverture ne présente aucun danger si l'opération est conduite aseptiquement.



Fig. 145. — Hystérotomie vaginale médiane antérieure pour fibrome. — Incision longitudinale du col de l'utérus. (Doyen.)

2^e temps : Section médiane antérieure de l'utérus. — « Aux ciseaux, dont une des lames est introduite dans la cavité utérine et l'autre appliquée sur la face antérieure de l'utérus, on pratique sur le col et le segment inférieur du corps de l'utérus une section sur la zone médiane avasculaire (fig. 145). On poursuit cette section plus ou moins haut et pas à pas, selon l'accessibilité plus ou moins éloignée du fibrome, ou selon le jour que

l'on désire se donner. » (Dartigues.) L'hémisection médiane rectiligne suffit lorsque le col est largement dilaté. On introduit alors un écarteur à la partie supérieure de l'incision (fig. 144)



Fig. 144. — Hystérotomie vaginale médiane antérieure. — Pose d'un écarteur à la partie supérieure de l'incision utérine. (Doyen.)

pendant que des pinces placées latéralement abaissent l'utérus et le font basculer. Lorsque le col, au lieu d'être effacé, est intact et étroit, il est avantageux de bifurquer l'incision qui prend alors la forme d'un Y ou d'un V (fig. 145).

3^e temps : *Extirpation du fibrome.* — La technique de cette extirpation comprend trois actes fondamentaux :

Perforation centrale du fibrome.

Morcellement en V de sa

paroi antérieure, puis de ses parties latérales.

Extraction du pôle supérieur par bascule et dévidement.

Dès que le pôle inférieur du fibrome est mis en évidence, Doyen y applique l'extrémité d'un de ses tubes tranchants, le plus large qui puisse y avoir accès, et, appréciant de la main gauche appliquée au bas-ventre la profondeur à laquelle il pénètre, il évide le fibrome. Le ou les cylindres ainsi taillés (fig. 146) sont arrachés avec une pince-gouge. Le fibrome, creusé d'une cavité (fig. 147) qui en facilite la préhension, est saisi au niveau de la lèvre antérieure de l'orifice de perforation. Pendant qu'un écarteur refoule la paroi utérine, la surface antérieure du fibrome est incisée en V



Fig. 145. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Incision en V. (Doyen.)

(fig. 148), puis morcelée par l'ablation aux ciseaux de volumineux losanges.

D'autres V sont ainsi taillés et d'autres losanges réséqués (fig. 149). Lorsque le fibrome



Fig. 146. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Le lambeau en V est relevé. Perforation du fibrome et extraction du cylindre taillé avec le tube tranchant. (Doyen.)

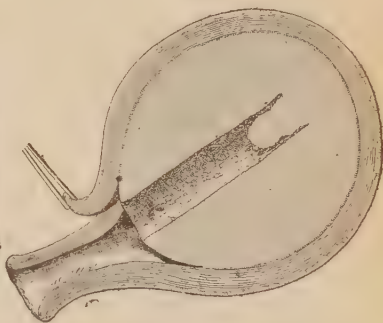


Fig. 147. — Aspect de la perforation centrale du fibrome sur une coupe antéro-postérieure de la figure 146. (Doyen.)

suffisamment diminué de volume commence à s'abaisser, le

plus accessible, des différents V est saisi au moyen d'une pince-gouge et attiré au dehors. La masse fibromateuse apparaît à la vulve en se développant et en se dévidant sous les yeux de l'opérateur. L'index gauche introduit entre le fibrome et les parois de sa coque, détache les adhérences et aide à l'extraction du pôle supérieur qui vient d'un seul bloc.

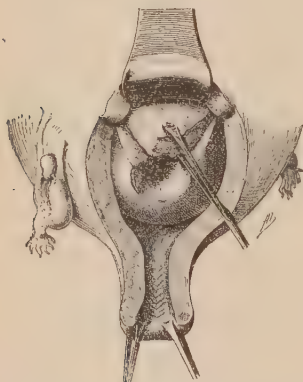


Fig. 148. — Hystérotomie vaginale antérieure. — Application de l'écarteur dans la cavité utérine. Taille d'un V à la surface du fibrome. (Doyen.)

Lorsque le fibrome n'est pas très dur, Doyen emploie le morcellement en échelle qui est excessivement rapide. A mesure qu'une nouvelle partie de la

surface antérieure du fibrome évidé devient accessible, on

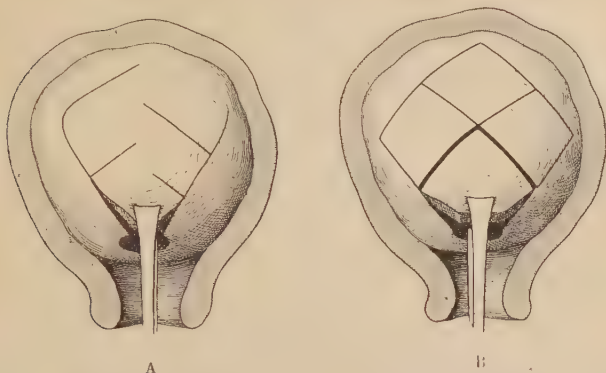


Fig. 149. — Morcellement d'un fibrome intra-utérin. A. Morcellement losangique. B. Morcellement en échelle. (D'après Doyen.)

prolonge les extrémités de l'incision première en forme de V, et sur le bord interne de chacune de ces incisions, on branche alternativement des échelons perpendiculaires (fig. 149, B). La paroi antérieure ainsi découpée en jeu de patience se laisse allonger et dérouler très facilement (fig. 150). Le reste du fibrome suit.



Fig. 150. — Résultat du morcellement en échelle. (D'après Doyen.)

4^e temps : Suture de l'utérus. — On procède à la toilette de la coque du fibrome, et on réduit l'inversion utérine dans le cas où elle s'est produite au moment de l'extraction. Doyen est même d'avis de provoquer cette inversion du fond de l'utérus de façon à pouvoir constater, *de visu*, l'état de la coque utérine

L'incision de l'hystérotomie est suturée en surjet au catgut et la cavité utérine tamponnée provisoirement.

Le tampon est enlevé le 2^e jour et les lavages vaginaux et intra-utérins sont pratiqués à partir de ce moment (Doyen).

CHAPITRE V

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

I. TECHNIQUE GÉNÉRALE

L'ablation totale de l'utérus par le vagin, faite pour la première fois par Sauter (1822), puis, en France, par Récamier (1829), ne devait être, à la période préantiseptique, qu'une tentative audacieuse, presque fatalement vouée à l'insuccès et qui ne pouvait pas se généraliser.

Il a fallu pour en faire l'opération qu'elle est devenue aujourd'hui, non seulement l'avènement de l'asepsie chirurgicale, mais encore des perfectionnements de technique indispensables. Le développement de l'hystérectomie vaginale est de date relativement récente, puisque la première opération moderne date de 1878 (Czerny) et que ce n'est que quatre ans plus tard que la méthode apparaissait en France, avec Péan et Demons.

Les perfectionnements essentiels de la technique ont porté sur deux points : le morcellement de l'utérus d'une part, l'hémostase d'autre part.

1^o Il peut être difficile d'enlever d'une seule pièce, par les voies naturelles, un utérus de dimensions et de mobilité normales ; cela devient tout à fait impossible lorsque cet utérus est augmenté de volume ou fixé par des adhérences. Il est donc nécessaire de l'enlever par fragments, d'en faire le mor-

cellement; c'est à Péan que revient l'honneur d'avoir montré l'utilité de cette manœuvre et d'en avoir réglé la technique; après lui, Segond a insisté sur ce point et a décrit, sous le nom d'*évidement conoïde*, un excellent procédé de morcellement que nous avons décrit en parlant de la myomectomie vaginale et sur lequel nous reviendrons encore dans ce chapitre.

Mais dans bien des cas, un morcellement complet, comme le pratiquait Péan, n'est pas indispensable; il suffit de sectionner l'utérus, sur la ligne médiane avasculaire, en deux moitiés qui seront enlevées successivement (procédé de Müller-Quénu).

Ou même la simple section médiane de la paroi antérieure permettra de faire basculer en avant tout l'organe, de l'abaisser peu à peu, suivant le procédé de Doyen, suffisant dans la plupart des cas et qui est aujourd'hui le plus employé en France. Ce sont ces deux procédés que nous décrirons tout d'abord.

2° L'étude anatomique des artères de l'appareil génital interne de la femme sera faite à propos de l'hystérectomie abdominale (voir plus loin). Il suffit de rappeler ici que tous les vaisseaux de l'utérus, et particulièrement l'artère utérine, l'abondent par ses côtés, au niveau des bords adhérents des ligaments larges; que, d'autre part, il n'y a, sur la ligne médiane, entre les vaisseaux du côté droit et ceux du côté gauche, que des anastomoses insignifiantes, si bien que toutes les sections médianes de l'utérus se font à blanc.

C'est donc uniquement au niveau des sections latérales, sur la tranche des ligaments larges, que se fait l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.

Il est assez singulier que le premier chirurgien qui ait exécuté cette opération, dans les perfectionnements de laquelle l'hémostase devait jouer un si grand rôle, ne se soit pas préoccupé de l'hémorragie. Sauter, en effet, se contenta de bourrer le vagin avec de la charpie et sa malade guérit; il ne faudrait pas compter obtenir souvent pareil résultat avec une technique aussi peu rationnelle. Sauter n'eut d'ailleurs pas d'imitateurs, car, peu après, Récamier employait les ligatures dans un cas semblable.

La *ligature*, méthode la plus anciennement proposée, a subsisté

jusqu'à nos jours ; en France elle a été préconisée à nouveau par Bouglé et son élève Inglessi ; elle conserve, en Allemagne, de nombreux défenseurs, tels que Fritsch, Olshausen, Martin, Czerny, etc. La ligature allonge un peu l'opération, le placement des fils est difficile dans les cas de vagin étroit et lorsque l'utérus s'abaisse mal ; aussi croyons-nous que la méthode de *forcipressure* doit être d'une application plus générale. Il faut en tous cas conserver l'hémostase par ligatures dans l'hystérectomie pour prolapsus utérin, lorsqu'il faut faire suivre l'ablation de l'utérus d'une colporraphie antérieure et postérieure.

Richelot est donc un de ceux qui ont le plus fait pour le développement de l'hystérectomie vaginale, lorsqu'il a proposé, comme moyen systématique d'hémostase, la *forcipressure à demeure* (1885). L'emploi des pinces, méthode facile et sûre, s'est rapidement généralisé ; de tous les procédés d'hémostase il reste incomparablement le meilleur, même à côté de manœuvres plus récentes, comme l'*angiotripsie*.

Celle-ci consiste essentiellement à écraser, entre les mors d'une pince très puissante, le ligament large avec les vaisseaux qui y sont contenus, mais on doit ensuite appliquer un fil sur le ligament ainsi diminué de volume et le lier. C'est du reste ce que recommande Doyen, inventeur de la méthode.

Nous ne parlerons pas de l'*électro-hémostase*, proposée par Skene (de Brooklyn) et par Jacobs (de Bruxelles) ; ce procédé, non encore employé en France, nous paraît une complication inutile, sans avantage sur les précédents.

Nous terminerons donc cette revue des différents moyens d'hémostase au cours de l'hystérectomie vaginale, en disant que le plus simple, le plus facilement applicable à tous les cas, même à ceux d'utérus ne s'abaissant pas, celui qui donne au chirurgien la sécurité la plus parfaite, est l'emploi des pinces à demeure.

Bien entendu le pincement sera préventif, c'est-à-dire qu'on le fera avant de sectionner les ligaments larges. Autrefois Péan commençait aussitôt après l'incision circulaire du vagin, par aller pincer de bas en haut, et couper les utérines, sur les côtés du col ; c'est ce que font encore aujourd'hui Richelot et P. Segond. En général, on préfère, avec Doyen et Quénu, faire d'abord la section médiane et l'abaissement de l'utérus, puis pincer le ligament large, de haut en bas, dans toute son étendue ; cette

manière de faire donne plus de sécurité vis-à-vis de l'uretère, qui d'ailleurs ne court guère de danger, si l'on a soin de placer les pinces au ras du tissu utérin.

A. — Procédé de Doyen (Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure).

Préparation de la malade. — Sauf le cas d'urgence, l'opérée sera préparée, pendant plusieurs jours, par des lavages répétés du vagin (savonnage et injections antiseptiques). La veille de l'opération, elle sera purgée et lavementée. Le même jour, on rasera la vulve, on fera un dernier nettoyage très complet du vagin et on le tamponnera, on appliquera un pansement au-devant de la vulve.

La malade, une fois endormie, est sondée et mise en position dorso-sacrée, les cuisses fléchies et écartées. La vulve tournée vers le côté d'où vient le jour. Le chirurgien s'assied en face de la malade, avec un aide de chaque côté.

Quelques-uns procèdent alors au *curettage* de l'utérus, puis font une grande injection intra-utérine.

1^{er} temps : Incision circulaire du vagin. — On introduit d'abord deux valves, assez larges; la plus longue déprime la paroi postérieure du vagin, l'autre soulève la paroi antérieure.

Le col, dès lors bien visible, est saisi par deux pinces à traction (employer les pinces à 2 ou 3 dents, de préférence aux pinces tire-balles qui déchirent les tissus) et abaissé.

Avec le bistouri ou des ciseaux courbes, on incise alors circulairement le vagin, à son insertion sur le col (fig. 151); cette section est d'abord peu profonde.

2^e temps : Séparation de l'utérus et de la vessie. — On enlève momentanément la valve

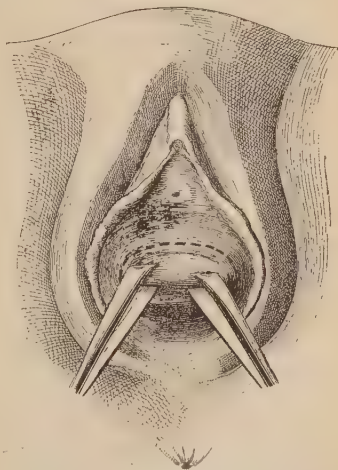


Fig. 151. — Hystérectomie vaginale. Préhension du col. Tracé de l'incision.

antérieure qui générerait pour ce temps de l'opération; le col est récliné en arrière pour bien exposer le cul-de-sac antérieur (fig. 152).

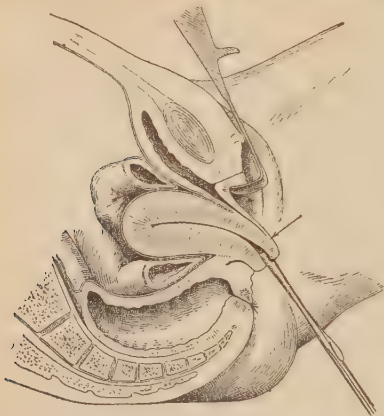


Fig. 152. — Hystérectomie vaginale. — Le col est récliné en arrière. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur. (Doyen.)

A ce niveau, on approfondit l'incision vaginale, à petits coups de ciseaux mousses, en gardant toujours contact avec le tissu résistant du col. Dès que l'insertion vaginale est complètement sectionnée, on commence à séparer la vessie du col utérin; le clivage est d'abord difficile, et les deux organes sont assez intimement unis : il faut

gratter la face antérieure du col avec l'ongle ou avec le bec de de ciseaux mousses fermés. Bientôt on arrive dans un espace cellulaire lâche, et la séparation de la vessie et du col devient facile (fig. 153) et s'achève rapidement.

On peut avoir, chemin faisant, ouvert le cul-de-sac péritonéal préutérin, sans l'avoir reconnu. Plus souvent, on l'aperçoit, au fond du décollement, comme un bourrelet transversal, doublé de graisse; il faut immédiatement l'inciser d'un coup de ciseaux. Mais, si l'on ne le rencontre pas au cours de cette libération antérieure du col, il est inutile de le chercher : on le verra et on l'ouvrira tout à l'heure, au cours de la section médiane de l'utérus.

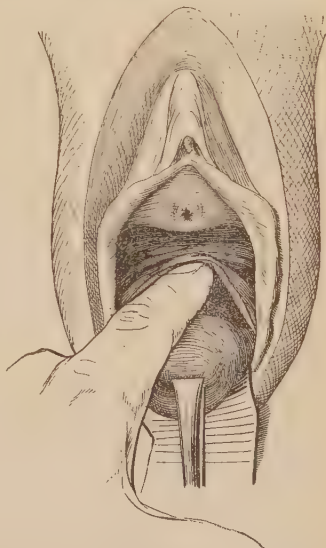


Fig. 153. — Hystérectomie vaginale. Décollement de la vessie.

Quand la vessie est complètement décollée, on la soulève sur une valve étroite.

3^e temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas. — Le col utérin est ensuite reporté en avant, vers la symphyse, et les ciseaux, réintroduits dans la partie postérieure de l'incision vaginale, ont vite fait d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas. On agrandit cette ouverture, de façon à pouvoir explorer ce cul-de-sac; puis y introduit une compresse montée sur une pince, dans le but d'empêcher l'issue des anses intestinales.

La valve postérieure est enlevée.

4^e temps : Section médiane antérieure et bascule de l'utérus.

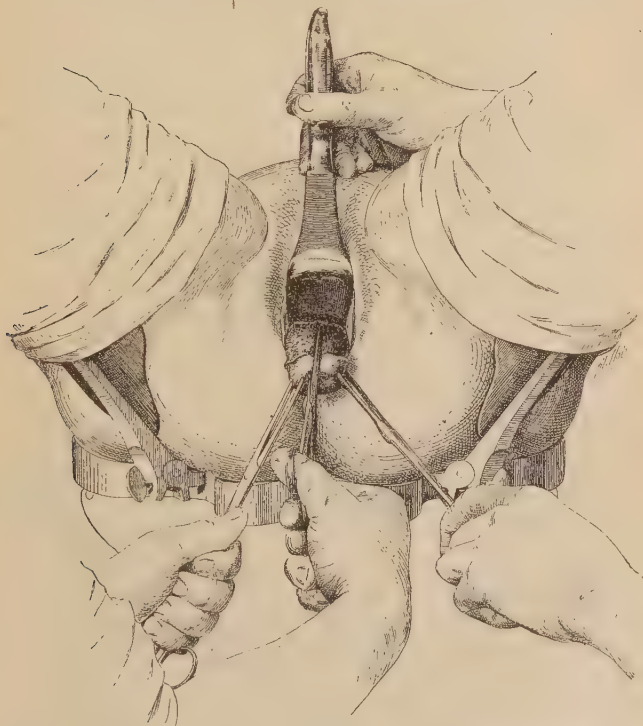


Fig. 154. — Hystérectomie vaginale. — Section de la lèvre antérieure du col. (Doyen.)

— Entre les deux pinces qui le fixent, le col utérin est fendu, sur la ligne médiane (fig. 154), d'un coup de ciseaux.

Les deux lèvres de cette section s'écartent et, sur chacune d'elles, vers son extrémité supérieure, on met une nouvelle

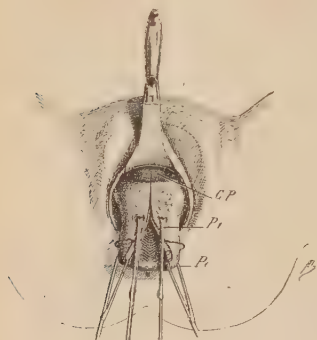


Fig. 155.

pince; une traction modérée sur les deux pinces ainsi placées, abaisse un peu plus l'utérus (fig. 155). Puis on prolonge un peu plus haut la section médiane antérieure, et on met une nouvelle paire de pinces, au-dessus des précédentes; l'utérus s'abaisse encore un peu.

Fig. 155. — Position des premières pinces P_1 sur les lèvres de l'hémisection antérieure. — Le cul-de-sac péritonéal CP est apparent mais non encore ouvert.

— $Pc.$, pinces laissées à demeure depuis le début de l'opération sur le col. (Doyen.)

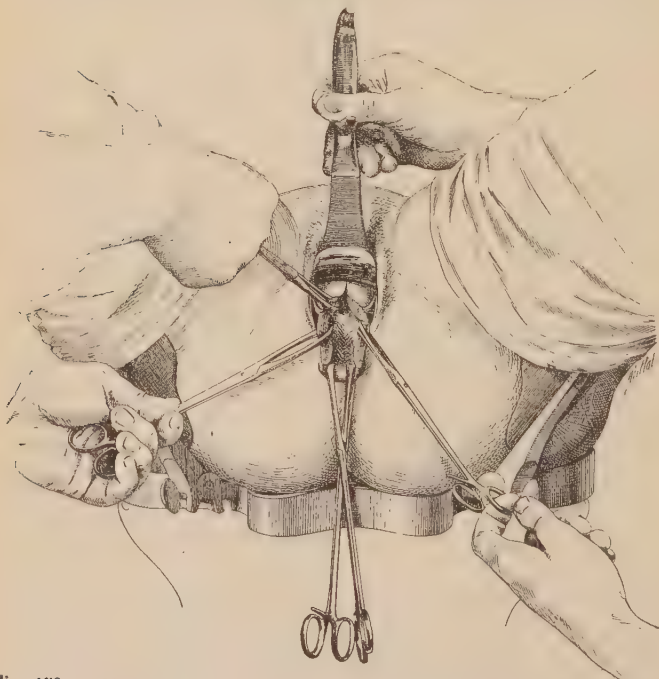


Fig. 156. — L'hémisection de la paroi antérieure est complète. — Le cul-de-sac péritonéal est ouvert. Le fond de l'utérus commence à basculer. (Doyen.)

On répète cette série de manœuvres (section médiane, mise en place d'une paire de pinces et tractions) autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que l'utérus bascule complètement en avant (fig. 156), et que son fond apparaisse à la vulve. Lorsque l'utérus est gros et descend mal, il faut sectionner la paroi antérieure dans toute sa hauteur pour obtenir l'abaissement. Le plus souvent on n'a pas besoin d'aller si loin et, dès que la section a atteint, ou quelque peu dépassé le milieu de la hauteur de l'organe, la bascule se produit et on voit apparaître le fond.

Si le cul-de-sac vésico-utérin n'a pas été ouvert au deuxième temps de l'opération, on l'incise nécessairement au moment où la section médiane de l'utérus dépasse l'isthme.

5^e temps : Pincement et section des ligaments larges. — L'utérus, complètement abaissé maintenant (fig. 157), ne tient plus que par les ligaments larges; reste à couper ces ligaments après en avoir fait l'hémostase au moyen de pinces. Suivant les cas, le pincement et la section porteront en dedans ou en dehors des annexes, le chirurgien voulant les conserver ou les sacrifier. Lorsqu'on veut enlever, en même temps que l'utérus, l'ovaire et la trompe, il faut, tout d'abord, extérioriser ces organes; s'ils ne sont pas fixés par des adhérences, ils suivent l'utérus dans son mouvement de bascule et se présentent d'eux-mêmes; dans le cas contraire, il faut, avec deux doigts, aller les chercher, les libérer, les saisir avec une pince à cadre, et les amener dans le vagin.

Qu'on fasse la section en dedans ou en dehors des annexes, le pincement se fait de la même façon. Doyen le réalise de la manière suivante : le ligament large gauche, par lequel on commence habituellement, est saisi entre deux doigts qui guident et mettent en place, en avant et en arrière de lui, une longue pince de 10 à 12 centimètres, à mors élastiques, appliquée sur le ligament de haut en bas; il faut que le bec de la

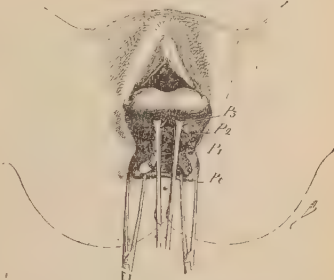


Fig. 157. — Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure. — Extraction du fond de l'utérus. (Doyen.)

pince dépasse le bord inférieur du ligament qui se trouve donc saisi dans toute sa hauteur (fig. 158). A quelques millimètres en dehors de cette pince, qui fait à elle seule toute l'hémostase, on en place une seconde, identique à la première : c'est

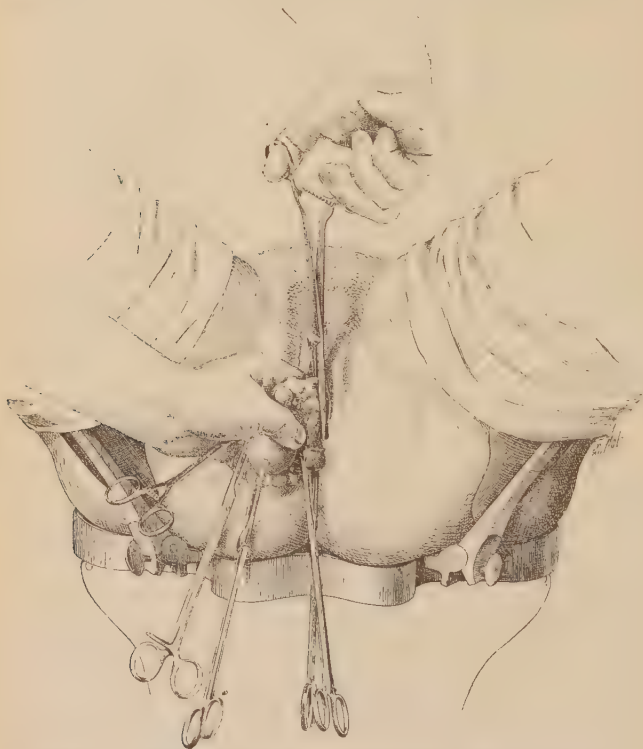


Fig. 158. - Hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure.
Application d'une grande pince sur le ligament large gauche. (Doyen.)

une pince de sûreté pour le cas où la première viendrait à lâcher.

Nous croyons préférables, à la longue pince de Doyen, les pinces à mors courts, ne dépassant pas 4 ou 5 centimètres, et avec lesquelles on fait le pincement par étages du ligament : deux pinces suffisent habituellement pour chaque ligament. On place toujours la première de haut en bas, sur le bord supé-

rieur du ligament large ; on peut ensuite couper la partie supérieure du ligament en dedans de cette pince, puis placer la deuxième pince, toujours de haut en bas, sur la moitié inférieure du ligament.

On peut aussi, après placement de la pince supérieure, appliquer la seconde, de bas en haut (fig. 159), sur le bord inférieur du ligament : les becs, tournés l'un vers l'autre, des deux pinces se chevauchent un peu, et l'hémostase est ainsi assurée dans toute la hauteur du ligament.

De quelque façon qu'on réalise le pincement, on le fait suivre immédiatement de la section du ligament large en dedans des pinces ; puis on répète les mêmes manœuvres sur le ligament du côté opposé (fig. 160) et l'extirpation de l'utérus est terminée.

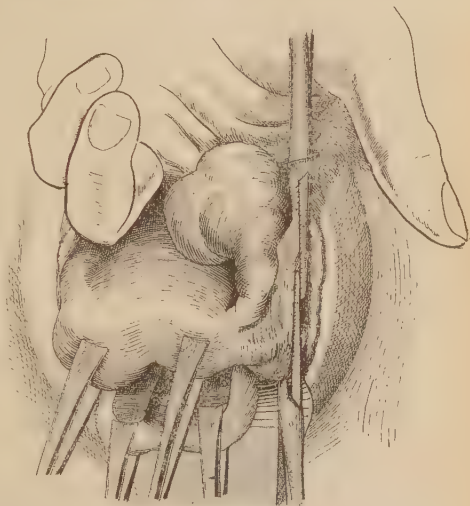


Fig. 159. — Hémostase du ligament large gauche au moyen de deux pinces, une supérieure et une inférieure, dont les mors sont opposés et chevauchent légèrement. (D'après J.-L. Faure.)

6^e temps : Traitement de la plaie vaginale. — On fait basculer de haut en bas les pinces dont les anneaux étaient tournés vers le haut, et on fait de la sorte subir au ligament une torsion de 180 degrés.

Avant de faire le pansement, on essuie le vagin et on examine attentivement la tranche vaginale postérieure qui saigne souvent ; tous les points qui donnent sont saisis dans une pince à forcipressure.

Peu de chirurgiens suivent l'exemple de Bouilly, et font, entre les deux faisceaux de pinces, un point de suture au catgut réunissant les tranches vaginales antérieure et postérieure,

et reconstituant le dôme vaginal; c'est cependant, dans quelques cas, une bonne précaution qui diminue les douleurs post-opératoires.

On se contente habituellement de tamponner le vagin : on place des mèches de gaze, sans les tasser, entre chaque faisceau de pinces et la paroi latérale du vagin, et entre les deux faisceaux de pinces.

Pansement vulvaire.
Sonde à demeure.

Soins post-opératoires.— La malade est installée dans son lit avec un coussin maintenant les genoux fléchis, et un tampon d'ouate soutenant les pinces; les genoux sont attachés ensemble.

Ablation des pinces et de la sonde à demeure au bout de 48 heures.

Ablation du tamponnement vaginal le 5^e ou le 6^e jour, et remise en place immédiate d'un nouveau

tamponnement qui sera renouvelé toutes les 24 ou 48 heures.

Le 18^e ou le 12^e jour, on enlève définitivement le tamponnement, et on commence à donner, deux fois par jour, des injections vaginales sous très faible pression.

La malade se lève au bout de trois semaines. Les escarres, laissées par les pinces, n'achèvent de se détacher et le vagin n'est complètement cicatrisé qu'au bout d'un mois ou plus.

B. — Hystérectomie vaginale suivie de ligatures.

Plusieurs méthodes de ligatures ont été appliquées à l'hystérectomie vaginale. Sans parler du fil de sûreté qu'on peut poser

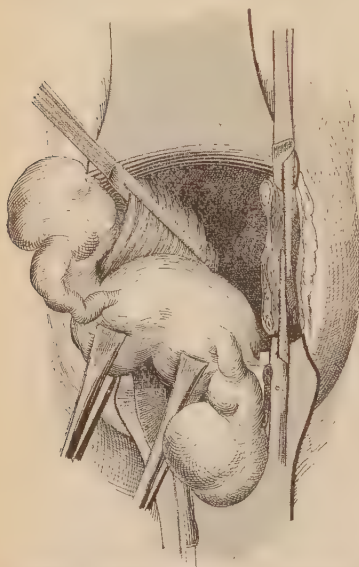


Fig. 160. — Section du ligament large gauche. Placement de la pince sur le ligament large droit. (D'après J.-L. Faure.)

après écrasement du ligament large à l'angiotribe, on a successivement employé la ligature en masse, la ligature en chaîne, la ligature par étages. Pour répondre à l'un des justes desiderata de la chirurgie actuelle, la réduction des pédicules, il est préférable de lier isolément l'artère utérine, l'artère utéro-ovarienne, l'artère du ligament rond. C'est cette ligature *anatomique* qu'Inglezzi⁽¹⁾ décrit dans son excellente thèse. Dans le procédé qu'il préconise, procédé dérivé de ceux de Baldy et de Kelly, et employé avec succès par Bouglé, les ligatures s'exécutent successivement, à droite de l'opérateur de bas en haut, et à gauche de haut en bas, comme dans le *procédé américain* d'hystérectomie abdominale. Voici la description du manuel opératoire telle que la donne Inglezzi.

1^{er} temps : Ligature de l'artère utérine gauche. — Lorsque, suivant la technique que nous avons indiquée plus haut, la vessie a été séparée de la face antérieure de l'utérus, et que le cul-de-sac postérieur a été ouvert, profitant de la mobilité que présente alors l'utérus, on bascule fortement le col à droite en tirant sur les pinces à traction qui y sont fixées. Par cette manœuvre on découvre l'artère utérine gauche (fig. 161) et, après l'avoir isolée soit simplement au doigt, soit à l'aide d'une sonde cannelée, on la charge d'arrière en avant avec une aiguille de Reverdin courbe.

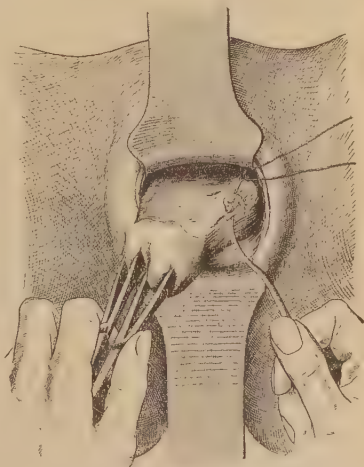


Fig. 161. — Hystérectomie vaginale sans pinces. 1^{er} temps : ligature de l'artère utérine gauche. (D'après Inglezzi.)

Pour réduire autant que possible le suintement sanguin, il est bon de charger les veines utérines en même temps que l'artère, de façon à étreindre tout le cordon vasculaire utérin, dans la même anse de fil. L'uretère ayant été décollé

(1) INGLESSI. Hystérectomie vaginale sans pinces. *Th. Paris*, 1902.

et refoulé en haut avec la vessie, on peut lier en toute sécurité. Cette première ligature faite, on coupe l'artère utérine et la base du ligament en se tenant loin du fil et au ras du tissu utérin.

2^e temps : Ligature du pédicule utero-ovarien et du ligament rond gauche. — On pratique alors l'hémisection antérieure de

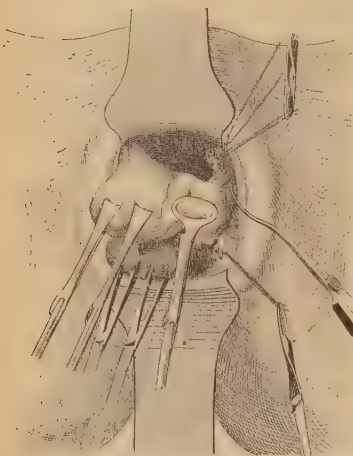


Fig. 162. — Hystérectomie vaginale sans pinces. 2^e temps : ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond gauches. (D'après Inglezzi.)

l'utérus; le fond bascule et vient à la vulve, on s'efforce à dégager en même temps les annexes du côté gauche et on les porte à droite. Cette traction tend le bord supérieur du ligament large gauche et fait saillir le ligament utéro-ovarien et le ligament rond. Au moyen d'une aiguille de Reverdin courbe on passe un fil de ligature au-dessous de chacun de ces pédicules (fig. 162). On commence en général par celui qui se présente le plus favorablement. Les nœuds serrés, on coupe le bord supérieur du ligament large et la portion sous-jacente.

3^e temps : Ligature du pédicule utero-ovarien et du ligament rond droits. — Pour l'exécuter on procède au niveau du bord supérieur du ligament large droit de la même façon qu'à gauche.

L'opérateur ayant dégagé les annexes droites les porte à gauche ainsi que le fond de l'utérus. Le bord supérieur du ligament large droit se trouve ainsi tendu; le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien sont bien apparents. On fait au niveau de chacun d'eux deux ligatures distinctes, comme précédemment. Mais avant de sectionner le bord supérieur du ligament large on a soin de placer (fig. 165), en dedans du point où portera la sec-

tion, une pince de Kocher afin d'éviter l'hémorragie qui se produirait au niveau de l'artère tubaire et de l'anastomose que l'utérine contracte avec l'ovarienne.

4^e temps : Ligature de l'artère utérine droite. — Ce quatrième et dernier temps est grandement facilité par l'abaissement de l'utérus et des annexes qui sont alors complètement pendants hors de la vulve. On isole aisément le cordon vasculaire utérin droit qu'on a directement sous les yeux. On le lie. Un dernier coup de ciseaux en dedans et loin de la ligature (fig. 164)

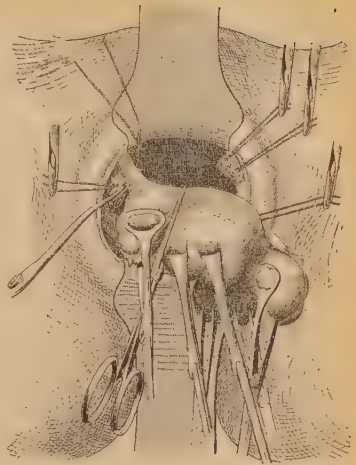


Fig. 163. — Hystérectomie vaginale sans pincées. 3^e temps : ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond droits. (D'après Inglési.)

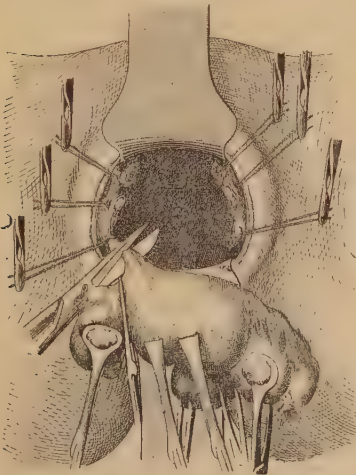


Fig. 164. — Hystérectomie vaginale sans pincées. 4^e temps : ligature du pédicule utérin droit. (D'après Inglési.)

achève de détacher la masse utéro-anexielle.

Il ne reste plus avant de sectionner les chefs maintenus longs des six ligatures qu'à faire la revision des pédicules et à s'assurer que rien ne saigne. Un gros drain en caoutchouc est placé au centre de la brèche vaginale, juste à la limite de la cavité péritonéale. En arrière de lui, contre la tranche vaginale postérieure, loin du péritoine et des anses intestinales, on tamponne doucement avec une mèche de gaze.

C. — *Procédé de Müller-Quénu* (Hystérectomie vaginale par hémisection totale).

Le but de ce procédé est l'ablation de l'utérus en deux moitiés qu'on extrait et dont on fait l'hémostase séparément; le pincement des ligaments larges est ici plus facile que dans le procédé de Doyen et c'est ce qui fait l'avantage de l'opération de Quénu dans les suppurations pelviennes avec adhérences étendues qui empêchent l'abaissement de l'utérus.

On peut transformer le procédé de Doyen en une hémisection totale en poursuivant sur le fond, puis sur la face postérieure de l'utérus, la section médiane commencée sur sa face antérieure.

Mais, dans le procédé-type de Quénu-Müller, on fait délibérément et d'emblée l'hémisection totale en opérant de la manière suivante :

Les trois premiers temps (*incision circulaire du vagin, séparation de l'utérus et de la vessie, ouverture du cul-de-sac de Douglas*) s'exécutent comme dans le procédé de Doyen.

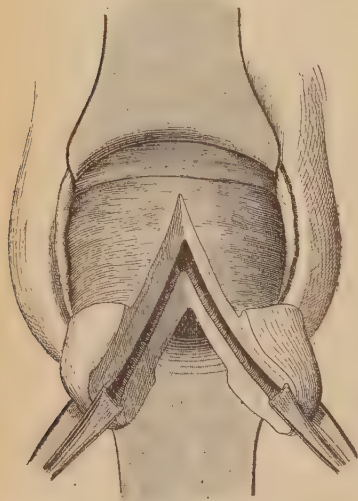


Fig. 165. — Procédé de Müller-Quénu. Le vagin est désinséré. La division de l'utérus en deux valves latérales est commencée. Le cul-de-sac péritonéal n'est pas encore ouvert. (D'après J.-L. Faure.)

4^e temps : *Hémisection médiane totale de l'utérus.* — Une valve antérieure soulève et protège la vessie; une valve postérieure refoule et protège le rectum. Le col est saisi, au niveau de chaque commissure, par une pince. Avec de très forts ciseaux on sectionne d'un seul coup, entre ces deux pinces, sur la ligne médiane avasculaire, toute l'épaisseur du col, paroi antérieure et paroi postérieure.

Les deux valves latérales qui en résultent s'écartent sous la traction divergente (fig. 165)

des pinces cervicales : on peut alors faire, plus haut, sur chaque lèvre de l'incision médiane, une nouvelle prise de pinces (fig. 166) et prolonger l'hémisection.

On recommence cette manœuvre jusqu'à ce que l'on arrive au fond de l'utérus.

C'est en exécutant ce temps de l'opération qu'on se rend

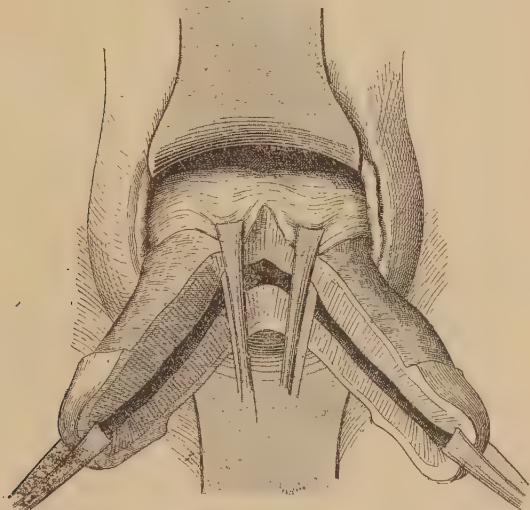


Fig. 166. — Procédé de Müller-Quénu. L'hémisection est presque terminée. L'utérus s'abaisse. (D'après J.-L. Faure.)

compte de ses avantages dans les cas d'utérus fixé et difficile à abaisser. « Elle permet en effet à l'utérus, divisé en deux valves latérales qui s'écartent de plus en plus à mesure que la section progresse, de descendre directement en suivant l'axe du bassin, sans avoir besoin d'exécuter aucun mouvement de bascule, soit en avant, soit en arrière. Chaque moitié de l'utérus bascule en effet vers l'axe du bassin et l'utérus s'ouvre de bas en haut et s'effondre, pour ainsi dire, de haut en bas pendant que ses deux moitiés latérales, attirées par le bas, s'écartent d'autant plus l'une de l'autre que la section se rapproche davantage du fond de l'utérus. » (J.-L. Faure.)

5^e temps : Extirpation de la moitié gauche de l'utérus. —

On refoule dans l'excavation pelvienne la moitié droite de l'utérus, dont le col est toujours amarré par une pince, et on

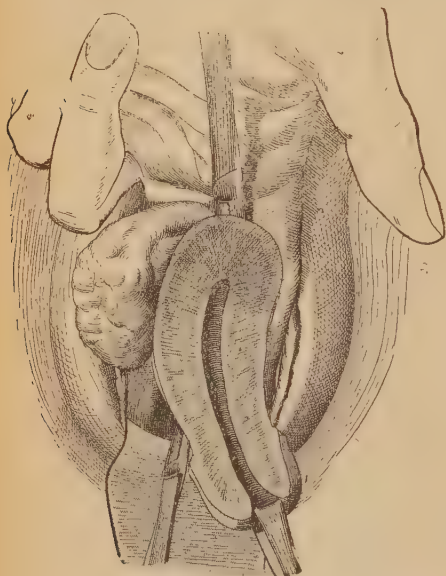


Fig. 167. — Procédé de Müller-Quénu. L'hémisection est achevée. La moitié droite de l'utérus a été momentanément refoulée. Pose d'un clamp sur le ligament large gauche.

abaisse seulement la moitié gauche (fig. 167). Les annexes gauches sont libérées et amenées dans le vagin, si leur ablation est jugée nécessaire.

Le pincement du ligament large gauche, en dedans ou en dehors des annexes, s'exécute comme dans le procédé de Doyen, mais avec plus de facilité, la moitié utérine étant très mobile. Il ne reste plus qu'à couper immédiatement en dedans des pinces.

6^e temps : Extirpation de la moitié droite de l'utérus, par les mêmes manœuvres qu'au 5^e temps.

Traitement de la plaie vaginale, pansement et soins post-opératoires, comme dans le procédé de Doyen.

II. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR SUPPURATIONS PELVIENNES

Les procédés ordinaires que nous venons de décrire, en particulier celui de Müller-Quénu, sont habituellement suffisants.

Il est bon, comme le recommande J.-L. Faure, de commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac postérieur, qui per-

met de s'assurer de l'état des annexes et de la nécessité d'une castration totale : la possibilité de vérifier la bilatéralité des lésions est, en effet, l'un des arguments invoqués en faveur de l'opération par la voie abdominale.

Lorsque les trompes malades sont peu adhérentes, on peut parfois, après l'abaissement et la bascule de l'utérus dans le vagin, les attirer et placer les pinces en dehors d'elles, si bien qu'on enlève d'une seule pièce l'utérus et ses annexes. Mais de tels cas sont relativement rares et, le plus souvent, on coupera d'abord les ligaments larges au ras de l'utérus; puis, celui-ci enlevé, on ira à la recherche des annexes qu'on s'efforcera de décortiquer avec les doigts et de pédiculiser; ces manœuvres sont souvent délicates et, plutôt que de blesser l'intestin en détachant des adhérences trop serrées, mieux vaut faire une ablation partielle, en abandonnant un fragment de la poche.

Dans les cas les plus difficiles, l'utérus lui-même est fixé par les adhérences et il est impossible de l'abaisser. Les procédés décrits plus haut sont inexécutables et force est de recourir au morcellement : il faut en effet enlever tout l'utérus, fragment par fragment, sans essayer de le faire descendre; la large brèche résultant de l'ablation de l'organe permettra ensuite d'arriver sur les annexes et de les extirper.

Péan exécutait le morcellement de la manière suivante : après incision circulaire du vagin, décollement de la vessie et ouverture du cul-de-sac postérieur, les deux faces, antérieure et postérieure, de l'utérus étant bien dégagées et exposées par deux valves, il plaçait, de chaque côté du col, une pince courte sur la partie inférieure du ligament large qu'il coupait (fig. 168) en dedans des pinces. Puis, en deux coups de ciseaux sur les commissures latérales, il divisait le col en deux valves, antérieure et postérieure; chaque valve était alors saisie, au niveau de sa base, par une pince à abaissement et coupée au-dessous de cette pince.

Ceci fait, deux nouvelles pinces étaient placées un peu plus haut sur le ligament large et l'on répétait la même série de manœuvres : section du ligament large en dedans des pinces, divisées en deux valves du segment correspondant de l'utérus et ablation successive de chaque valve. Péan finissait ainsi par enlever, tranche par tranche, après hémostase préventive, la totalité de l'utérus; puis il extirpait les annexes. Un des incon-

venients du procédé est le grand nombre des pinces qui finissent par encombrer le champ opératoire.

Segond a perfectionné la pratique du morcellement. Il commence par l'incision circulaire du vagin à laquelle il ajoute, de chaque côté, un petit débridement transversal de 2 centimètres

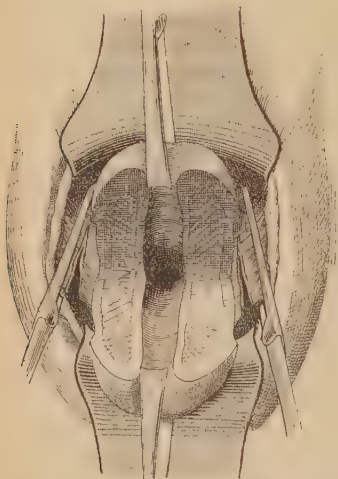


Fig. 168. — Hystérectomie vaginale par morcellement. Procédé de Péan. L'étage inférieur des ligaments larges est sectionné en dedans des premières pinces. Le col est divisé en deux valves antérieure et postérieure.

qui facilite la découverte de la base du ligament large. Tout de suite, il va chercher ce ligament, pince sa partie inférieure et la coupe, à droite et à gauche; puis il divise le col en deux valves, comme Péan, et l'enlève. Cette simple manœuvre est, le plus souvent, suffisante pour permettre à l'utérus de descendre : c'est en effet, presque toujours, l'inextensibilité de la partie inférieure des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés qui empêche l'abaissement. On termine, dans ce cas, en faisant l'hémisection antérieure de Doyen et la bascule de l'utérus en avant.

Lorsqu'au contraire, malgré l'amputation du col, l'utérus

reste fixé, Segond pratique le morcellement de sa paroi antérieure par évidement conoïde; la technique de cet évidement conoïde est assez semblable à celle que nous avons décrite, au chapitre précédent, pour le morcellement des fibromes; une pince à traction fixe l'utérus saisi vers sa partie moyenne et, avec le bistouri ou les ciseaux, on excise, au milieu de sa face antérieure, un fragment en forme de cône dont la base répond à la pince. Avant de détacher complètement ce fragment, on fait, au-dessus de lui, une nouvelle prise sur l'utérus avec une autre pince à traction. On répète successivement cette excision conoïde, autant de fois qu'il est nécessaire pour arriver au fond de l'utérus; on peut même, au besoin, poursuivre ce morcellement sur la paroi postérieure; mais c'est habituellement inutile,

car l'utérus s'abaisse dès qu'on a achevé l'ablation de sa paroi antérieure.

III. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES

Nous serons brefs sur ce point, ayant déjà étudié en détail le morcellement des fibromes (voir chap. IV).

Lorsqu'on est en présence d'un *utérus fibromateux*, sans grosse tumeur, l'ablation d'une seule pièce est possible et l'on aura recours aux procédés classiques de Doyen ou de Quénu.

Plus souvent on a affaire à des *fibromes volumineux* qu'il faut enlever d'abord avant d'extraire la coque utérine qui les renfermait : l'opération comprend alors les manœuvres suivantes :

1° *Découverte des fibromes* : on commence par les temps habituels d'incision du vagin et de dégagement des faces antérieure et postérieure de l'utérus. Puis on pratique la section médiane de la paroi antérieure, comme Doyen; cette section peut être suffisante pour exposer les fibromes; sinon, on fera une incision en V à deux branches divergentes vers le fond de l'utérus et on excisera, par fragments losangiques, le lambeau triangulaire à sommet inférieur, compris entre les deux branches du V.

2° *Ablation des noyaux fibromateux* : s'ils sont petits, on les énuclée facilement. S'ils sont volumineux, il faut les morceler. Pour cela, le meilleur procédé nous paraît être l'*évidement conoïde* de Segond, fait avec le bistouri ou les ciseaux sur le fibrome fixé au moyen d'une pince à abaissement ou d'un tire-bouchon (voir p. 120). On peut aussi faire la *tunellisation* de la tumeur, c'est-à-dire l'attaquer en son centre avec le tube tranchant de Doyen, qui découpe des cylindres fibromateux qu'on achève de détacher avec une pince-gouge spéciale.

3° *Ablation de l'utérus* : quand la totalité ou la plus grande partie des noyaux fibromateux ont été enlevés de la sorte, par énucléation ou par morcellement, la coque utérine en partie

déshabitée s'abaisse (fig. 169) sans difficulté et l'on termine, comme d'habitude, en pinçant et coupant les ligaments larges.

Ces diverses manœuvres permettent l'hystérectomie vaginale

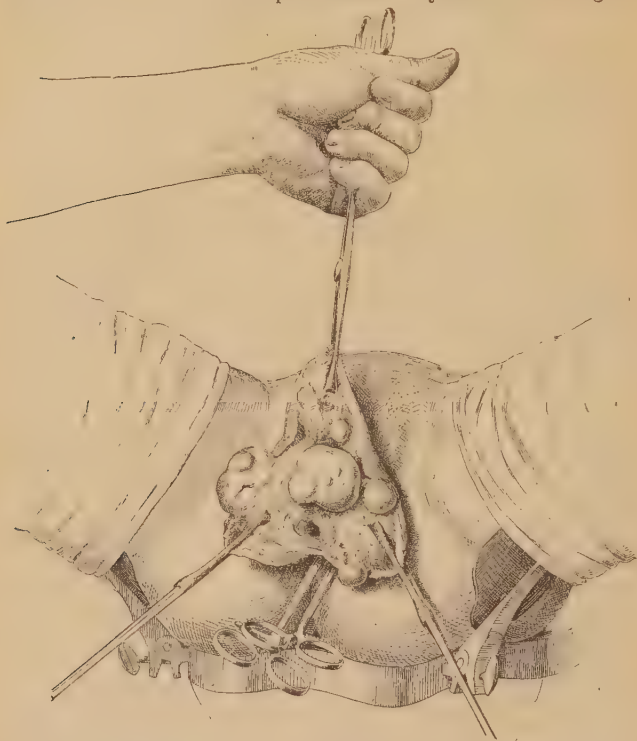


Fig. 169. — Extraction du fond de l'utérus entr'ouvert. Le col est remonté vers le cul-de-sac de Douglas. (Doyen.)

dans des cas de fibromes assez volumineux. Le manuel opératoire n'est jamais absolument réglé et il faut le modifier suivant le siège et les rapports de la tumeur principale. C'est ainsi qu'il est parfois nécessaire, lorsque le fibrome occupe la paroi postérieure de l'utérus et refoule le col en avant, de commencer par l'attaque de cette paroi et le morcellement de la tumeur.

IV. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER UTÉRIN

Les cas tout à fait au début, qui sont les meilleurs au point de vue du résultat éloigné, sont aussi les meilleurs au point de vue de l'exécution opératoire. Le col donne encore aux instruments une prise suffisante. Plus tard, la friabilité du col et l'envalissement des culs-de-sac vaginaux créent des difficultés spéciales qui contre-indiquent absolument l'hystérectomie vaginale.

Lorsqu'on exécute l'hystérectomie vaginale pour cancer il faut faire porter l'incision du vagin loin du col, au delà des limites du néoplasme, et, avant d'attaquer l'utérus lui-même, disséquer la collerette vaginale ainsi dessinée. Cette dissection est surtout délicate en avant, du côté de la vessie; aussi Doyen conseille-t-il de détacher d'abord la muqueuse vaginale au niveau de chaque cul-de-sac latéral, puis, avec le doigt introduit dans ces premières incisions, d'aller, de dehors en dedans, contourner le col et en séparer la vessie et, sur le doigt la refoulant, d'inciser alors la muqueuse du cul-de-sac antérieur. Ceci fait, on attaque l'utérus lui-même suivant la technique habituelle. Toutefois on la modifiera en ce sens que l'utérus doit être basculé et enlevé en totalité en s'abstenant de toute manœuvre telle que hémisection ou morcellement, qui exposent aux risques de greffes cancéreuses.

Malgré ces améliorations la majorité des chirurgiens a abandonné l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus pour profiter de la meilleure exérèse que donne la voie abdominale. Une extirpation large et en sac clos est toutefois possible par la voie basse à condition de pratiquer la colpo-hystérectomie ⁽¹⁾ que nous décrivons au paragraphe suivant.

(1) V. Proust. *Presse médicale*, 16 mars 1907, n° 22.

V. COLPO-HYSTÉRECTOMIE POUR CANCER PAR VOIE VULVO-PÉRINÉALE

(Opération de Schuchardt-Schauta.)

Cette opération, totalement différente de l'hystérectomie vaginale habituelle, consiste en l'ablation, en un seul bloc, de tout ou partie du vagin, de l'utérus et du paramètre par le périnée. C'est l'*Erweiterte vaginale totalexstirpation* des Allemands. Il est juste de la désigner sous les deux noms de Schuchardt, le créateur de la méthode et de Schauta qui a précisé la technique de l'intervention. Elle s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : *Décollement circulaire et fermeture du vagin.* — Le chirurgien, les mains gantées, après désinfection soignée du vagin, — précédée d'une cautérisation extemporanée du néoplasme, ou mieux d'une cautérisation faite la veille, — trace une incision circulaire circonscrivant, selon la nécessité présente et loin du néoplasme, soit la partie moyenne, soit le tiers inférieur du vagin, à la rigueur même la portion juxta-vulvaire. Après dissection d'une manchette de 5 centimètres de long environ, on pratique l'oblitération hermétique du vagin au moyen de quelques points de suture. Les chefs des fils sont maintenus longs de manière à pouvoir servir comme agents de traction. Lorsque la suture est ainsi bien étanche, le chirurgien retire ses gants et change d'instruments. L'opération aseptique commence. On va maintenant pratiquer l'incision paravaginale auxiliaire dont Schuchardt a posé le principe capital.

2^e temps : *Incision paravaginale auxiliaire.* — L'incision de Schuchardt débute au niveau de la lèvre inférieure de l'incision circulaire vaginale, à l'union du quadrant postérieur et du quadrant latéral gauche, et de là se dirige vers la vulve qu'elle sectionne également à l'union de ses parties postérieure et latérale gauches. Puis elle se prolonge directement en arrière (fig. 170), latéralisée, mais parallèle à l'axe du périnée, pour se terminer en dehors de l'anus. Schuchardt la conduit souvent jusqu'au sacrum. L'incision intéresse toute l'épaisseur des parties molles du périnée. Le rectum est soigneusement isolé et

récliné à droite. Des ligatures sont posées sur les vaisseaux sectionnés et la plaie est tamponnée au moyen de gaze stérilisée. Dans les cas particulièrement difficiles, Schauta recommande de recourir à l'incision paravaginale double à la manière de Staude.

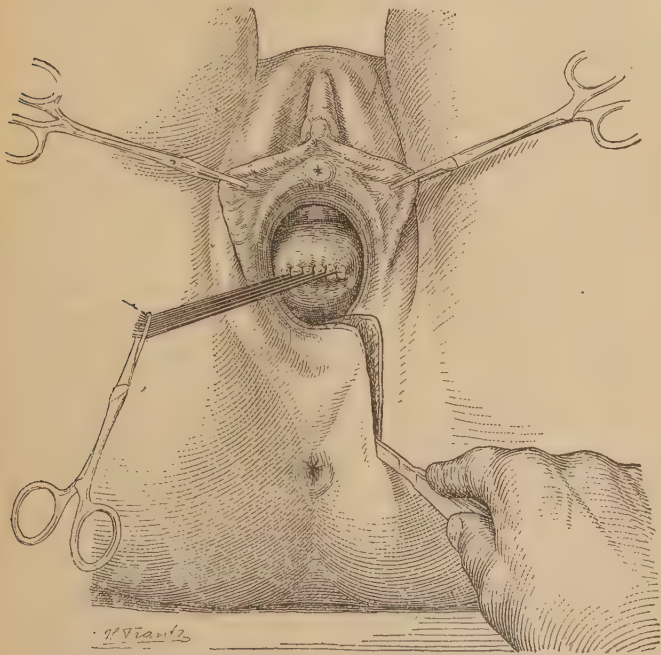


Fig. 170. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Incision paravaginale de Schuchardt après fermeture du vagin.

3^e temps : Dissection de la vessie et des uretères. — Le champ opératoire est ainsi largement exposé (fig. 171). On passe alors à l'isolement de la vessie et des uretères. La dissection de la vessie se fait progressivement, comme dans le premier temps d'une colporraphie antérieure et en basculant le vagin en arrière. Bientôt, en arrivant à la hauteur du col de l'utérus, le décollement devient de plus en plus facile, sauf dans les cas où il existe déjà à ce niveau des adhérences néoplasiques : on est alors inévitablement amené à ouvrir la vessie et parfois à en réséquer une partie. Dans la majorité des cas, lorsque la vessie s'est

laissée séparer sur la ligne médiane, on passe à l'isolement de ses angles latéraux, « véritables cornes qui se continuent avec les uretères ». Reconnaissables à leur coloration rougeâtre, elles se dirigent vers le paramètre et leur isolement amène directement à l'uretère qui, lui, se dirige en arrière et en

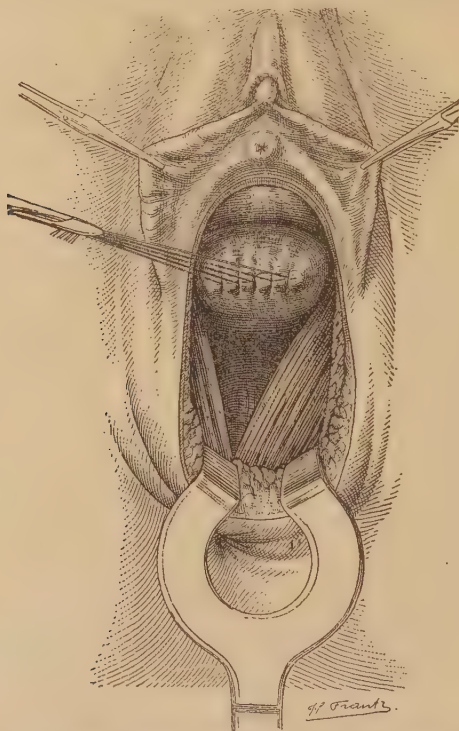


Fig. 171. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Agrandissement du champ opératoire par l'incision de Schuchardt. On voit nettement les bords des releveurs.

dehors sous forme d'un cordon plongeant dans la base du ligament large. Dans les cas avancés, l'uretère, quoique libre encore d'infiltration néoplasique, se trouve couché dans une gouttière de tissu cancéreux et il faut le sculpter pour l'en sortir. Pour poursuivre suffisamment en arrière cette dissection des uretères, il faut, lorsque leur situation est reconnue et leur isolement amorcé, bien libérer le vagin.

4^e temps : Libération des bords latéraux du vagin et dissection de la base du paramètre. — Cette libération du vagin commence par sa face postérieure. Elle est facile à ce niveau en utilisant la *zone décollable* qui permet de remonter jusqu'au cul-de-sac de Douglas. L'isolement des bords latéraux est plus délicat. Comme le font justement remarquer Imbert et Piéri⁽¹⁾ dans leur intéressant travail sur l'extirpation du cancer par voie abdomino-vaginale, les bords du vagin sont retenus et fixés par des branches longues vaginales venues de la crosse utérine, les artères vaginales, branches de l'hypogastrique, des branches de l'hémorroïdale moyenne, les veines collatérales vésico-vaginales. C'est le seul moyen de fixité des bords du vagin, car les muscles releveurs n'ont avec eux que de simples rapports de contact. Il faut donc sectionner cet éventail vasculaire et lier un à un les vaisseaux, à moins qu'on ne préfère les couper entre deux pinces. Il faut, en tout cas, avoir soin de se tenir au-dessous de la zone urétérale et prendre garde, dans ce temps, de ne pas ouvrir le vagin, ce qui aurait pour résultat de contaminer sûrement le champ opératoire.

Cette libération des bords latéraux du vagin permet l'abaissement du conduit et surtout facilite l'accès du paramètre dont l'extirpation méthodique constitue un des temps principaux de l'opération. Entre le vagin libéré et le bord du muscle releveur de l'anus, le doigt d'abord, l'œil ensuite, lorsqu'on sait convenablement s'éclaircir, passent l'inspection de la base du ligament large, et il est alors possible de venir, sous le contrôle de la vue, disséquer l'uretère dans son trajet latéro-cervical. On peut lier l'artère utérine à ce moment, ou bien, au contraire, réserver cette ligature pour la fin de l'opération. Ce n'est que lorsque les uretères sont bien dégagés des tissus sains environnants ou de la masse de la tumeur, suivant les cas, qu'on passe à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux.

5^e temps : Ouverture du péritoine. Ablation de l'utérus et du vagin. — A partir du moment où la séreuse va être ouverte, l'opération doit marcher rapidement. On ouvre le cul-de-sac antérieur aux ciseaux, puis le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus se laisse facilement basculer en avant grâce à la

(1) Imbert et Piéri. — « Sur l'extirpation utéro-vaginale totale. » *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1905, 15 novembre, p. 925.

béance considérable de la plaie obtenue par l'incision de Schuchardt. On lie et on sectionne successivement le ligament rond, puis le ligament utéro-ovarien en dehors des annexes (fig. 172.)

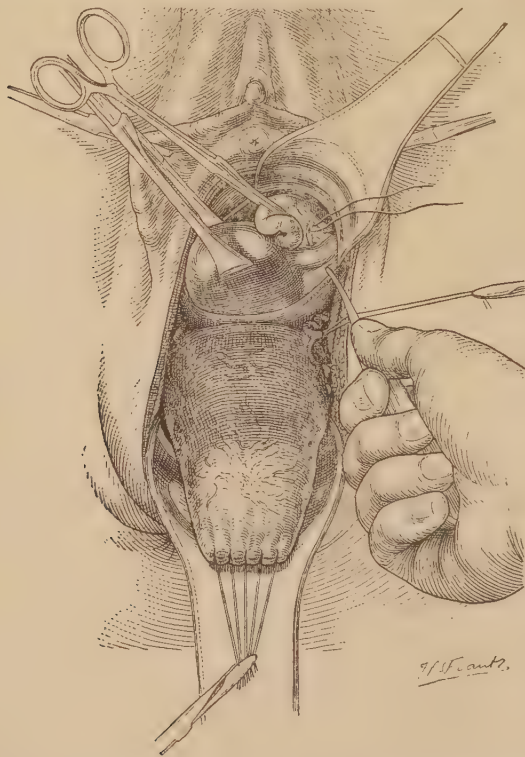


Fig. 172 — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Bascule du fond de l'utérus à travers l'incision du cul-de-sac péritonéal antérieur. Ligature du ligament rond gauche.

d'un même côté. On sectionne alors le ligament large dont la base, attenant à l'utérus, est largement enlevée. On pratique à ce moment la ligature de l'artère utérine si elle n'a pas été faite préalablement. Enfin on termine par la ligature et la section du ligament utéro-sacré.

La même manœuvre est répétée du côté opposé, et ainsi se trouve enlevé en masse, sans inoculation possible, le bloc des annexes, de l'utérus et du vagin fermé.

6^e temps : Fermeture du péritoine. Reconstitution de l'anneau vulvaire. — Des pinces repèrent immédiatement les tranches **péritonéales**, restes des **culs-de-sac** antérieur et postérieur. Les

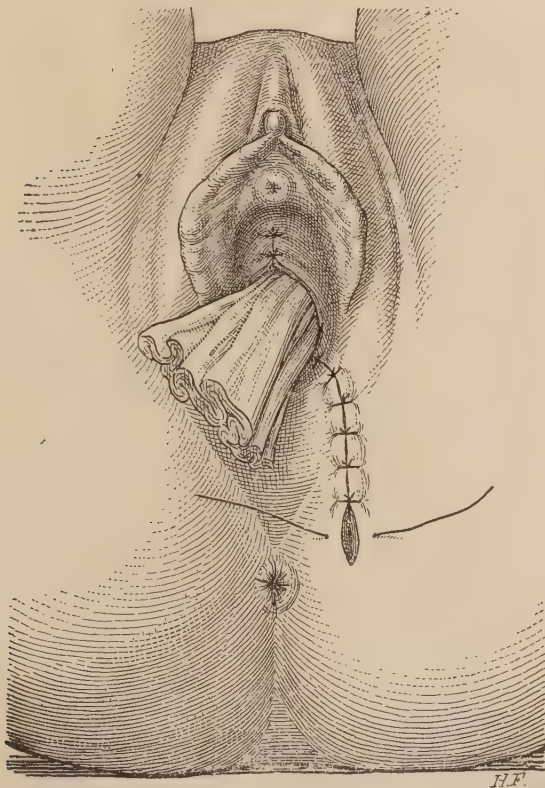


Fig. 173. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. Aspect de la région une fois l'opération terminée.

lèvres sont suturées l'une à l'autre et la séreuse est ainsi refermée. On passe l'inspection de la cavité béante laissée par l'ablation du vagin et de la base du ligament large. Tamponnement à la gaze. Deux points de suture antérieurs adossent les bords latéraux de la collerette vaginale restante et permettent ainsi, en soutenant la vessie, d'éviter les cystites par prolapsus. L'incision de Schuchardt est suturée au moyen de points pro-

fonds chargeant en masse tous les tissus et entrecoupés de points superficiels. Par l'orifice vulvaire ainsi reconstitué sortent les mèches de drainage (fig. 173).

VI. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN

« Il n'y a pas de manuel opératoire spécial pour enlever un utérus prolabé, si ce n'est qu'au lieu de l'abaisser avec une pince à traction, on est plutôt obligé de le soutenir. On opère constamment au dehors de la vulve, on a toutes les parties sous les yeux, on pince ou on lie les vaisseaux *de visu* ; c'est la plus simple des hystérectomies » (Richelot). Il faut ajouter qu'elle est insuffisante à elle seule, qu'il est indispensable de la compléter par une colporraphie antérieure et une colpoperinéorrhaphie, ces opérations constituant le temps capital et essentiel du traitement d'un prolapsus génital. C'est parce qu'il faut terminer par cette réfection du vagin et du périnée, que l'emploi des pinces à demeure doit être rejeté dans ce cas et qu'il faut, comme nous l'avons déjà dit, recourir aux ligatures.

On peut enlever l'utérus, remplacer les pinces par des fils, suturer la plaie vaginale, puis pratiquer la double colporraphie. Doyen a particulièrement bien réglé cette technique.

On peut aussi, à l'exemple de Fritsch et de Pozzi, modifier le procédé classique et y adjoindre une large excision de la paroi vaginale antérieure (hystérectomie vaginale avec colpectomie).

a) **Procédé de Pozzi.** — En voici la description empruntée à son *Traité de Gynécologie* : « On commence par circonscrire au bistouri, sur la paroi vaginale antérieure (fig. 174), un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de 2 ou 3 centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière (fig. 175).

« On dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la

muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve



Fig. 174. — Hystérectomie vaginale et colpectomie pour prolapsus utérin. Tracé de l'incision sur la paroi antérieure du vagin. (Pozzi.)



Fig. 175. — Hystérectomie pour prolapsus. Procédé de Pozzi. Utérus et portion du vagin enlevés par l'opération. — A. Lambeau vaginal antérieur. P. Lambeau postérieur. (Pozzi.)

dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. On dissèque aux ciseaux la vessie et, à mesure que le col utérin devient libre, on l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et l'on fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver dans certains cas jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus, et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des

ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et la faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments

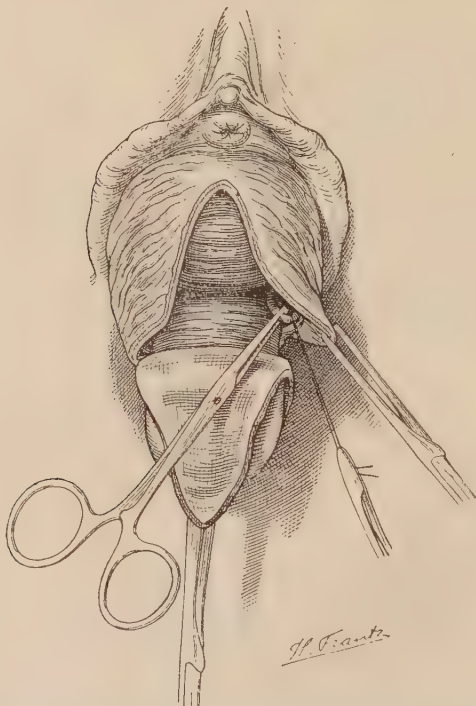


Fig. 176. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Ligature de l'artère utérine gauche.

larges de leur sommet à leur base. Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

« Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quel-

ques points séparés de suture au catgut, de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

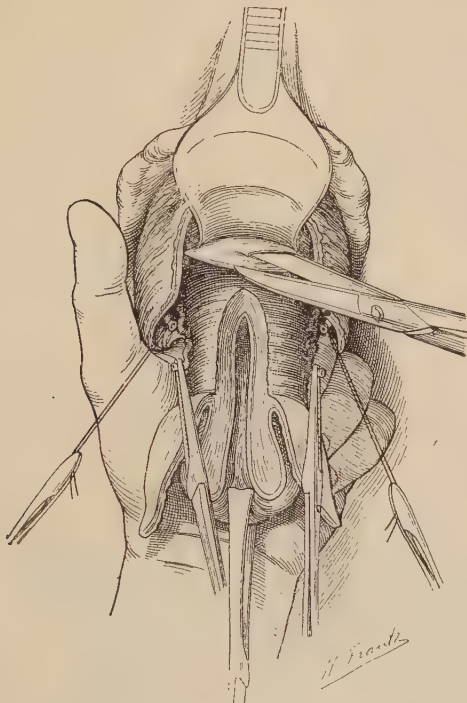


Fig. 177. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

« Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorraphie par dédoublement. »

On peut également, au lieu de lier les ligaments larges par étages, lier les utérines seulement (fig. 176), ce qui permet de sectionner franchement le ligament large et, après ouverture du cul-de-sac péritonéal (fig. 177), de mettre une pince sur l'insertion tubaire (fig. 178) au niveau de laquelle arrive l'artère utéro-ovarienne.

b) Procédé de Doyen. — Il comprend trois manœuvres fondamentales :

a) L'ouverture première du cul-de-sac de Douglas, et la bascule postérieure de l'utérus;

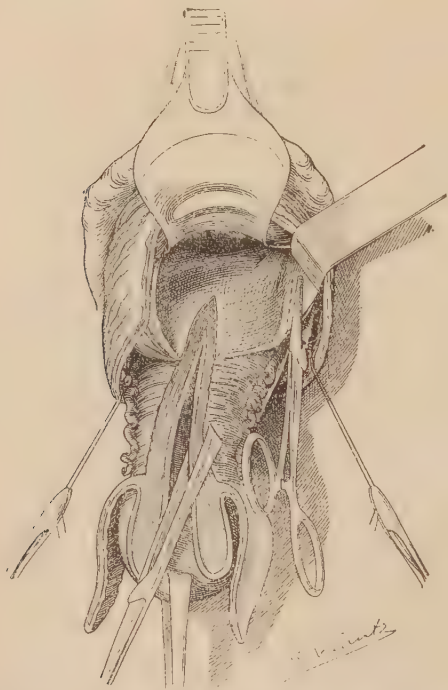


Fig. 178. — Hystérectomie avec colpectomie pour prolapsus.
Pincement et section de l'insertion tubaire gauche

b) L'hémisection comme dans le procédé de Müller-Quénu, mais en commençant par le fond de l'utérus;

c) La torsion complète (180°) des ligaments larges, précédant leur écrasement et leur ligature en masse.

Doyen lui décrit six temps.

1^{er} temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas et extraction de l'utérus. — La modification des rapports normaux de la

vessie et de l'utérus constitue la seule difficulté de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus lorsqu'on l'exécute suivant les procédés usuels; la vessie descend avec la paroi vaginale antérieure, et il est malaisé de reconnaître sa limite inférieure au milieu des tissus hypertrophiés et indurés qui l'entourent. Le cul-de-sac de Douglas, au contraire, est toujours facilement accessible (fig. 179), et c'est ce qui a déterminé Doyen dans le choix de son procédé.

Le col étant attiré en haut et en avant, on sectionne transversalement la muqueuse vaginale au point correspondant à l'ancien cul-de-sac vaginal postérieur (fig. 180). Dès que les lèvres de la muqueuse se laissent écarter, on trace dans leur intervalle, sur la face postérieure de l'utérus, une incision longitudinale postérieure; elle vient fatalement rencontrer et ouvrir le point déclive du cul-de-sac de Douglas (fig. 181).



Fig. 179. — Schéma montrant les rapports de l'utérus prolabé. La flèche indique la direction de l'incision médiane qui viendra ouvrir le cul-de-sac de Douglas.

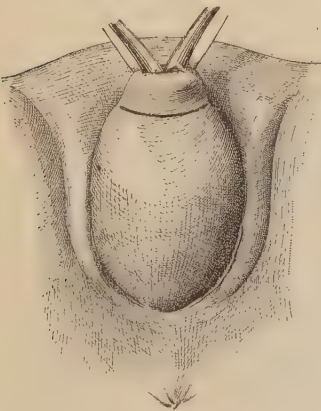


Fig. 180. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Tracé de l'incision vaginale.

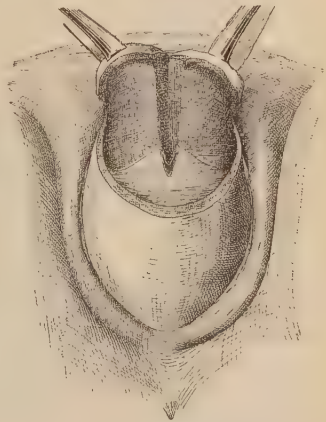


Fig. 181. — Incision longitudinale postérieure de l'utérus ouvrant le cul-de-sac de Douglas. (D'après Doyen.)

Les doigts agrandissent l'orifice péritonéal; la main y pénètre,

va accrocher le fond de l'utérus, et, le faisant basculer, l'amène au dehors.

2^e temps : Hémisection de l'utérus et décollement de la vessie.

— On prolonge la section longitudinale postérieure amorcée au temps précédent jusque sur le fond de l'utérus, puis sur sa face antérieure. L'utérus commence à se séparer en deux moitiés latérales (fig. 182). En poursuivant méthodiquement l'hémisection vers le col, on vient ouvrir facilement le cul-de-sac péritonéal antérieur. On sépare alors, aux doigts ou avec un instrument mousse, l'utérus de la vessie, puis, terminant l'hémisection, on ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur. On libère le pourtour du



Fig. 182. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Extraction de l'utérus; on commence l'hémisection d'arrière en avant. (D'après Doyen.)

col en achevant de disséquer la collerette vaginale. Cette dissection ne va pas toujours sans une légère hémorragie, facilement arrêtée d'ailleurs. A ce moment, les deux moitiés de l'utérus sont complètement libres. Elles ne tiennent plus que par les ligaments larges (fig. 183).

3^e temps : Rotation et ligature des ligaments larges.

— Doyen fait alors subir à chaque moitié de l'utérus une rotation de 180° perpendiculairement à son axe. Les ligaments larges pren-



Fig. 183. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Aspect des deux moitiés de l'utérus séparées. Le fond de l'utérus est en bas et en arrière. Hernie de la vessie. (D'après Doyen.)

nent la forme de cordons spiroïdes d'un calibre inférieur à celui du petit doigt. Leur volume est encore réduit par l'emploi de la pince écrasante. Chaque ligament large est lié d'abord en masse, puis le fil est passé par transfixion au-dessous de la première ligature, et noué de nouveau à deux reprises. Les fils sont laissés longs et saisis de chaque côté avec une pince à forci-pressure.

4^e temps : Fermeture du péritoine et section des ligaments larges.

— La vessie, qui fait hernie, est repoussée dans la profondeur, et la collerette péritonéale soigneusement repérée. On passe alors, tout autour de l'orifice séreux, un fil desoie disposé comme le cordon d'une bourse. Ce fil traverse



Fig. 184. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus. Procédé de Doyen. — Une torsion de 180° imprimée à chaque moitié de l'utérus a ramené le fond en avant. Pédiculisation des ligaments larges. Disposition en bourse du fil destiné à la fermeture du péritoine. (D'après Doyen.)

de chaque côté (fig. 184) les ligaments larges, quelques millimètres au-dessus du point où ils sont liés. En serrant la suture ainsi faufilée, on fronce l'ouverture péritonéale; la vessie se réduit progressivement. On sectionne alors les ligaments larges au-dessous des fils qui les lient; on sectionne également les chefs, maintenus longs, de ces ligatures. L'utérus enlevé, on achève la fermeture du péritoine en nouant la suture en bourse.

5^e temps : Colporraphie antérieure. — On achève le décollement de la paroi antérieure du vagin. On en résèque une partie de façon à obtenir une large perte de substance ovale. Celle-ci est suturée longitudinalement suivant l'un des procédés de colporraphie que nous avons décrits. Cette suture enfouit le moignon séreux.

6^e temps : Colpo-périnéorraphie. — Doyen l'exécute suivant un procédé mixte d'avivement et de dédoublement. Après avoir

dédoublé la cloison recto-vaginale, il résèque un large triangle de muqueuse vaginale. Il vient ensuite, au moyen d'une suture longitudinale, rétrécir considérablement le vagin en même temps que le périnée se trouve allongé.

VII. COLPECTOMIE TOTALE POUR PROLAPSUS DE L'UTÉRUS (Opération de Muller.)

La colpectomie totale (sans hystérectomie) pour prolapsus, ou opération de Muller, a été appliquée et décrite en France par Savariaud ⁽¹⁾, à qui nous empruntons les détails qui suivent : L'intervention n'est applicable que chez les femmes qui n'ont plus leurs règles, et qui n'ont plus de rapports sexuels. Étant donné un prolapsus complet (fig. 185) dans ces conditions, le

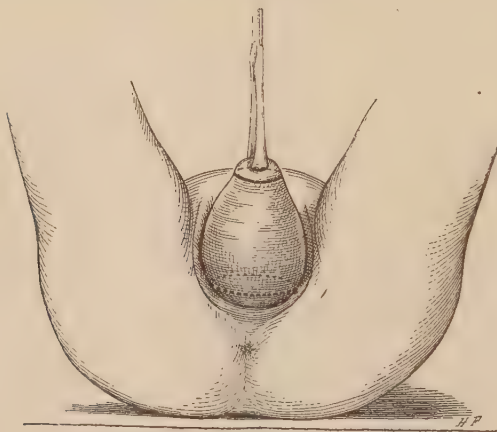


Fig. 185. — Colpectomie totale pour prolapsus. Tracé des incisions.
(D'après Mile Krukowa.)

col est saisi au moyen d'une pince de Museux et fortement tiré en haut. Deux incisions circulaires, l'une au niveau du museau de tanche, l'autre le plus haut possible, permettent de circon-

(1) Savariaud. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1906.

scrire la totalité de la muqueuse vaginale (fig. 186), et de dépouiller ainsi la totalité du prolapsus grâce à son ablation. On refoule ensuite l'utérus et on le replace en position normale.

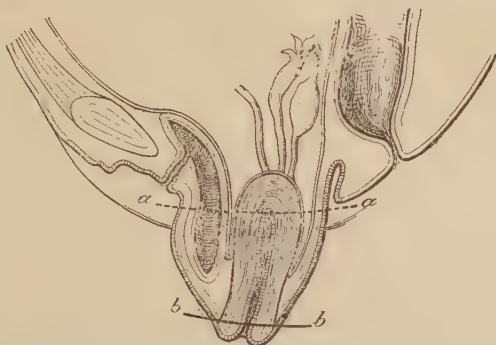


Fig. 186. — Colpectomie totale pour prolapsus.
Coupe antéro-postérieure montrant l'étendue de vagin qui va être réséquée.
(D'après Savariaud.)

Puis on oblitère la cavité vaginale ainsi cruentée au moyen de sutures (fig. 187) et l'on ferme ce qui reste de vagin presque au ras de la vulve.

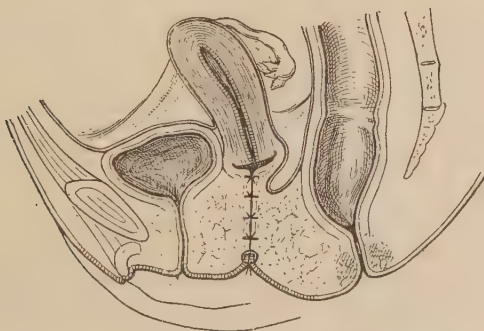


Fig. 187. — Colpectomie totale pour prolapsus.
Opération terminée. Situation de l'utérus vu sur une coupe antéro-postérieure.
(D'après Savariaud.)

Employée dans les cas que nous avons précisés, cette curieuse opération donne des succès parce que l'utérus, privé de son conduit vaginal, s'atrophie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE L'INVERSION
UTÉRINE (1)

La très grande majorité des cas récents d'inversion utérine sont réductibles sans opération sanglante. La seule cause d'irréductibilité immédiate, et elle est rare, est un véritable étranglement par le col utérin formant anneau constricteur; elle suppose donc une inversion incomplète, le col ne pouvant plus agir de la sorte quand l'utérus est complètement retourné.

Dans les cas de ce genre, il suffit de débrider le col pour pouvoir réduire sans difficulté; la technique de ces *débridements cervicaux*, autrefois proposés par Marion Sims et Barnes, a été bien réglée, dans ces dernières années, par Segond et son élève Fresson.

Il faut faire deux incisions latérales profondes, remontant jusqu'à la région de l'isthme et sectionnant en totalité la portion sous-vaginale du col; ceci fait, on fixe avec des pinces les lèvres de l'incision et on réduit; il faut se souvenir que, pendant la réduction, il est mauvais de maintenir l'utérus abaissé et qu'il vaut mieux le laisser remonter en position normale, tout en le maintenant avec les pinces (Pinard). On termine en tamponnant l'utérus et le vagin; la suture des incisions cervicales est inutile et leur béance assure mieux le drainage.

C'est surtout dans l'inversion ancienne que le chirurgien aura à intervenir, car l'irréductibilité est ici la règle. On peut tenter la réduction de l'organe inversé ou en pratiquer l'exérèse; comme il s'agit toujours ici de femmes jeunes, en pleine activité génitale, on donnera la préférence aux opérations conservatrices et les indications de l'hystérectomie seront faites des contre-indications à ces opérations; ces contre-indications sont

(1) Nous faisons, pour ce chapitre, de nombreux emprunts à l'excellent travail de Fresson, *Traitement de l'inversion utérine*, Thèse de Paris, 1902.

l'abondance des hémorragies menaçant immédiatement l'existence et surtout la gangrène, partielle ou totale, de l'utérus inversé.

Dans ces cas donc, on fera l'*hystérectomie vaginale*, en pratiquant de préférence l'hémisection médiane : il est possible « d'abaisser l'utérus en presque totalité hors de la vulve, à tel point qu'on peut saisir à pleines mains l'organe inversé; rien n'est donc plus simple que de le trancher au ras de son insertion vaginale » (Segond).

Nous n'ajouterons rien sur la technique de cette hystérectomie, l'ayant déjà étudiée au chapitre précédent.

Dans tous les autres cas, il faut conserver l'utérus, après l'avoir réduit et remis en place par une intervention sanglante. Deux voies ont été employées pour cette réduction. La *voie abdominale*, tentée par Gaillard Thomas, qui perdit une malade sur deux opérations, puis par Munde, Malins, Skene, Spinelli, etc., n'a permis que 9 fois la réduction, sur 13 cas où elle a été employée; chez les 4 autres malades, on a dû recourir à l'hystérectomie.

C'est donc aux *opérations par le vagin* qu'il faut donner la préférence. Elles consistent essentiellement à inciser l'une des parois de l'utérus inversé dans toute sa hauteur, à le retourner comme un gant et, enfin, à le réduire dans le bassin. Mais on peut faire cette incision, soit sur la paroi antérieure, soit sur la paroi postérieure de l'utérus; il y a donc deux méthodes : la *colpo-hystérotomie postérieure*, ou méthode de Küstner, et la *colpo-hystérotomie antérieure*, ou méthode de Kehrer, perfectionnée par Spinelli et par Oui.

C'est l'opération de Küstner qui a été employée le plus souvent; elle a été perfectionnée, en France, par Duret; en Italie, par Piccoli, Morisani et Sava. La technique primitive de Küstner, employée 10 fois, a permis la réduction dans 5 cas; la technique améliorée a donné 7 succès sur 7 cas (Fresson). Nous donnons ici le procédé de Duret, qui nous paraît excellent.

Colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Duret).

On commence par un nettoyage soigneux du vagin et de l'utérus inversé, dont il faut habituellement curetter la surface.

Puis l'organe, saisi par une pince à abaissement, est amené hors de la vulve et l'on complète l'inversion, si c'est nécessaire, en tirant sur la pince.

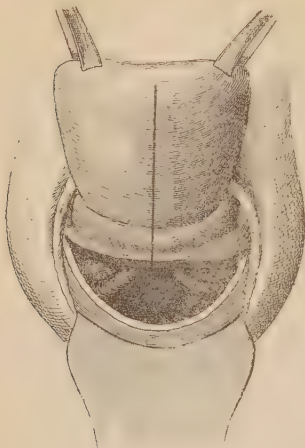
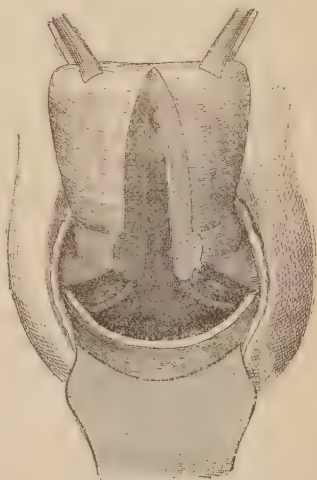


Fig. 188. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 1^{er} temps. ouverture du cul-de-sac de Douglas.

1^{er} temps : Incision du cul-de-sac postérieur. — Cette incision, faite transversalement juste au-dessus du museau de tanche, facile à reconnaître par la vue et le palper, doit ouvrir largement le cul-de-sac de Douglas (fig. 188), de façon à permettre l'introduction du doigt qui va reconnaître l'infundibulum utérin, vide [ou refermant les annexes et parfois une anse intestinale.

2^e temps : Incision verticale médiane postérieure de l'utérus. — Elle part du milieu de l'incision vaginale, divise le col dans toute son épaisseur et la paroi utérine postérieure dans toute sa hauteur (fig. 189), allant ainsi de la muqueuse jusqu'au péritoine qui tapisse l'infundibulum.



3^e temps : Réduction de l'inversion. — « Il s'agit alors de réduire sur place l'utérus inversé. Celui-ci est en somme formé de deux coques encore réunies en avant; plaçant alors les pouces sur la paroi antérieure, que l'on repousse en arrière, tandis que les autres doigts vont saisir et attirer en avant les lèvres de l'incision

Fig. 189. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 2^e temps : incision médiane postérieure de l'utérus.

longitudinale postérieure, on retourne (fig. 190) ainsi la paroi utérine. Ce temps est toujours extrêmement facile et, une fois terminée, l'opération en est au point suivant : on a une section transversale du cul-de-sac postérieur; l'utérus est dans le vagin, le fond en bas; la paroi postérieure, divisée, est devenue antérieure, et la surface péritonéale, primitivement interne, se retrouve en dehors; il est alors dans la position qu'il occupe dans l'hystérectomie vaginale, quand, après incision du cul-de-sac vaginal postérieur, on attire le fond et on le bascule complètement en bas et en avant. Il ne s'agit plus maintenant que de fermer (fig. 191) la brèche utérine et de remettre l'organe en place. » (Fresson).



Fig. 190. — Inversion utérine. Colpo-hystérectomie postérieure. 3° temps : retournement de la coque utérine.



Fig. 191. — Inversion utérine. Colpo-hystérectomie postérieure. Début du 4° temps : le rabattement en avant des deux valves utérines n'est pas encore terminé. Vue latérale. Schéma. (D'après Fresson.)

4° temps : Suture de la ligne de section de l'utérus en commençant par le fond de l'organe, jusqu'à l'isthme.

— Il faut faire deux plans de sutures superposées : le premier est un surjet sur la muqueuse; le second est à points séparés, prenant le

muscle et le péritoine. Duret suture dans un premier temps le corps de l'utérus jusqu'à l'isthme (fig. 192), puis il réduit l'organe dans la cavité pelvienne.

5° temps : Reposition de l'utérus et reconstitution du col

utérin. — Lorsque l'utérus est ainsi retourné sur lui-même (fig. 195), on le fait basculer de bas en haut, pour le réintégrer

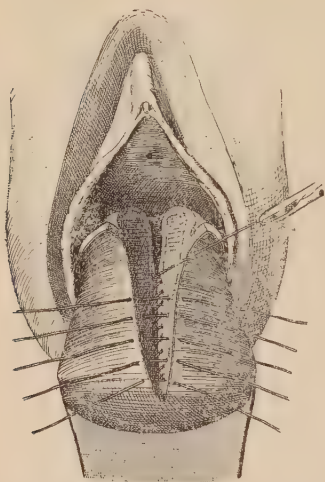


Fig. 192. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 4° temps : suture de l'utérus du fond jusqu'à l'isthme.

dans la cavité pelvienne à travers l'incision transversale du cul-de-sac postérieur. Si celle-ci est insuffisante, on la complètera par un débridement vertical en T branché en son milieu. Pendant la reposition, des pinces écartent les lèvres de cette incision vaginale. Après refoulement du corps utérin dans l'excavation, on reconstitue le col resté ouvert en arrière (fig. 194), puis on suture au catgut l'incision longitudinale du vagin, laissant ouverte au contraire l'incision transversale.

Il convient, en effet, de drainer largement (fig. 195)

le Douglas; l'utérus présentant une tendance à basculer en

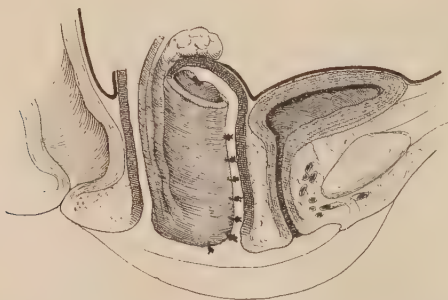


Fig. 195. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. Le 4° temps est achevé (la suture est supposée totale). Vue latérale. Schéma. (D'après Fresson.)

arrière et à se fixer en rétroversion par adhérence de sa ligne de suture postérieure avec le rectum, il faut avoir soin de

boucher de gaze le Douglas et le vagin, pour soutenir l'organe



Fig. 194. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. 5° temps : Reposition de l'utérus et reconstitution du col utérin.

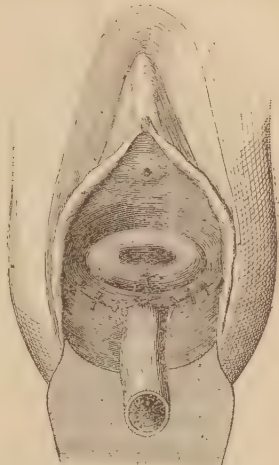


Fig. 195. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. Opération terminée.

en bonne position (fig. 196). C'est pour éviter cette tendance à la rétroversion, que l'on préfère opérer par colpo-hystérotomie antérieure.



Fig. 196. — Inversion utérine. Colpo-hystérotomie postérieure. L'utérus est remplacé après bascule. Vue latérale. Schéma. (D'après Flessan.)

Opération césarienne vaginale (Opération de Dührssen.)

Sous le nom d'opération césarienne par voie vaginale, Dührssen a décrit une intervention peu dangereuse qui, se pratiquant par le vagin, permet l'extraction d'un enfant vivant, malgré l'atrésie du col. Elle n'est, dans certains cas, que le premier temps d'une hystérectomie vaginale qu'on pratique immédiatement après l'accouchement. Cette opération, simplement imaginée par Dührssen, en 1895, a été exécutée trois mois plus tard par Acconci, d'où résulte une question de priorité difficile à établir. La césarienne vaginale est pratiquée presque exclusivement en Allemagne et en Italie, où on lui reconnaît surtout comme indication les cas de dystocie cervicale causée par le cancer, le fibrome, etc., ou bien la nécessité de faire un accouchement absolument immédiat (éclampsie). Voici le manuel opératoire réglé par Dührssen :

Le col utérin, rendu bien visible par l'application de larges valves, est saisi avec deux pinces à préhension et abaissé autant que possible. Ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur comme dans l'hystérectomie, mais sans ouvrir le péritoine. On décolle la vessie et le Douglas avec grand soin : tout le long du col ainsi isolé, hystérotomie médiane antérieure et postérieure. Cette discision complète permet à la main de rompre les membranes et d'extraire le fœtus directement ou avec le forceps. Après la délivrance, on suture les incisions comme après l'hystérectomie pour fibromes.

S'il s'agit d'un néoplasme, il vaut mieux, dès que l'enfant est extrait et le cordon ombilical coupé, ouvrir les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, et terminer rapidement par une hystérectomie vaginale suivant le procédé de Doyen. Dührssen a suivi cette conduite dans un cas de rupture utérine, mais il est alors préférable, à mon avis, de recourir à la laparotomie.

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES: VOIE ABDOMINALE

CHAPITRE I

TECHNIQUE GÉNÉRALE DE LA LAPAROTOMIE POUR LÉSIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Bien que la description générale de la laparotomie ait été faite dans le volume de ce *Précis* consacré par Guibé à la *Chirurgie de l'abdomen*, il nous paraît indispensable de revenir sur ce sujet en envisageant spécialement les opérations gynécologiques.

Après avoir décrit rapidement la préparation de la malade, nous étudierons dans ce chapitre les temps essentiels de toute laparotomie : incision de la paroi abdominale et exposition du champ opératoire, — traitement des adhérences et hémostase, — péritonisation, fermeture du ventre et drainage.

Préparation de l'opérée. — Sauf les cas d'urgence, on aura soin de commencer quelques jours d'avance le nettoyage de la malade. Puis la veille de l'opération, après un bain de propreté, on rasera les poils de la région pubienne et on nettoiera soigneusement, au savon et à l'alcool, la paroi abdominale, qui sera ensuite recouverte de compresses aseptiques maintenues par un bandage de corps; ce pansement restera en place jusqu'au moment de l'opération.

Il est également indispensable de désinfecter autant que possible le vagin par des injections répétées, car on peut être amené à ouvrir ce conduit au cours de l'opération.

Une dernière précaution à prendre est l'évacuation de l'intestin. C'est le meilleur moyen de n'être pas gêné par les anses intestinales au cours de l'intervention, et surtout d'évi-

ter à la malade les vomissements copieux. Dans ce but, la malade sera purgée l'avant-veille de l'opération et lavementée la veille puis maintenue à la diète.

Je n'insiste pas sur la préparation du chirurgien et de ses aides, qui ne présente ici rien de particulier. La propreté la plus stricte est, bien entendu, nécessaire : on ne doit avoir touché, depuis quarante-huit heures au moins, rien de septique (pus, cadavre), ni même de douteux. Autant que possible, du reste, il convient de n'opérer qu'avec des gants.

Position de l'opérée et préparation du champ opératoire. — Le plus grand progrès technique, réalisé en chirurgie pelvienne dans les quinze dernières années, est certainement l'emploi de la position inclinée, dite *position de Trendelenburg* et importée en France par Pozzi et Delagenière. Elle est aujourd'hui universellement adoptée, car elle a réellement transformé les conditions opératoires.

Tandis qu'autrefois, alors qu'on plaçait la malade dans le décubitus horizontal, le chirurgien opérait péniblement dans le fond d'un bassin peu accessible et mal éclairé et qu'une de ses préoccupations constantes était de contenir les anses intestinales qui, à tout moment, envahissaient le champ opératoire, aujourd'hui, l'inclinaison donnée à la malade rejette l'intestin qui, par son propre poids, descend vers le diaphragme, et expose largement la cavité pelvienne, dont tous les points se présentent à l'œil et au doigt du chirurgien.

Pour que l'emploi de la position de Trendelenburg réalise ces précieux avantages, il faut donner à l'opérée une inclinaison suffisante, c'est-à-dire considérable : le plan sur lequel elle repose doit faire avec l'horizontale un angle de 45 à 50°.

On peut, à la rigueur, réaliser cette attitude d'une façon très simple en soulevant le bassin sur une pile de coussins ou sur les épaules d'un aide. Mais ces procédés de fortune, vraiment trop primitifs, ne sont guère de mise aujourd'hui; on pourra presque toujours se procurer l'une des nombreuses tables d'opération qui permettent de donner toutes les attitudes à la malade, ou, à défaut de table spéciale, un plan incliné portatif pouvant se placer sur une table ordinaire⁽¹⁾.

(1) Il faut préférer les tables qui permettent de varier instantanément l'inclinaison de l'opérée et de la ramener à l'horizontale.

Avant de mettre l'opérée en position inclinée, on pratique la préparation du champ opératoire; il faut successivement :

1^o *Faire le cathétérisme de la vessie*, précaution indispensable;

2^o *Nettoyer soigneusement le vagin*; on commence par savonner le canal et en frotter toutes les anfractuosités avec une brosse fine ou mieux avec les doigts enveloppés d'une compresse de gaze, puis on donne une injection de deux litres de sublimé faible;

3^o *Nettoyer la paroi abdominale, ou mieux la stériliser à la teinture d'iode*. Pour le nettoyage extemporané on utilisera du savon (1) et une brosse aseptique ou un tampon de paille de bois qui a, sur la brosse, le double avantage d'être moins traumatisant pour la peau, tout en réalisant un nettoyage mécanique aussi complet, et de ne servir qu'une fois. Après avoir enlevé l'excès de savon au moyen d'une compresse stérilisée, on lave encore la paroi avec de l'alcool ou de l'éther pour bien la dégraisser. Il faut donner une attention particulière au nettoyage de l'ombilic, déplissé au moyen d'une pince de Kocher.

La stérilisation de la peau à la teinture d'iode (formule de l'ancien *Codex*) a l'avantage d'être beaucoup plus simple, plus rapide et d'offrir certainement la même sécurité. C'est donc le procédé à recommander. On étend sur la paroi trois couches successives de teinture d'iode fraîchement préparée qu'on laisse sécher.

L'opération. — Le chirurgien se place généralement à gauche (2) de la malade et son aide principal en face de lui.

(1) Beaucoup de chirurgiens emploient de préférence, pour le nettoyage du malade et pour le lavage des mains, du savon liquide. Voici la formule de celui qui était en usage dans le service du professeur Terrier :

Savon blanc.	}	5 à 1 kg.
— noir.		
Huile.	}	50 litres.
Eau.		
Naphtol.		25 grammes.
Essence de citron. .		Q. S. pour parfumer.

(2) Quelques chirurgiens, et des meilleurs, préfèrent la position à droite pour les manœuvres ultérieures. Il faut alors, à l'exemple du professeur Terrier, inciser la

Cet aide unique peut et doit être suffisant pour l'acte opératoire lui-même; mais si l'on n'emploie pas des écarteurs maintenus en place automatiquement, un second aide est indispensable, au moins dans l'hystérectomie, pour tenir les valves.

Il est facile de préparer à l'avance les fils qui seront néces-

saires au cours de l'opération; on gagne ainsi du temps et l'on supprime l'aide supplémentaire que certains chirurgiens emploient à couper et à passer les fils.

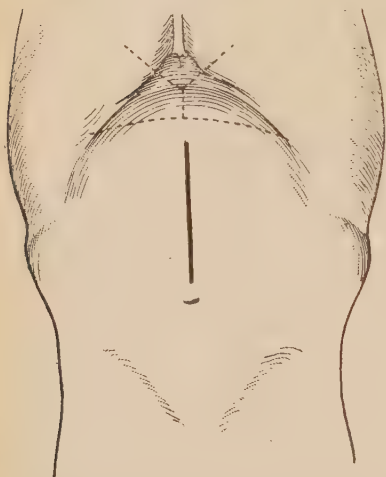


Fig. 197 — Laparotomie sous-ombilicale.
Tracé de l'incision.

A. Incision de la paroi abdominale. Incision verticale. — On emploie le plus souvent en France, en chirurgie gynécologique, l'incision verticale et médiane sous-ombilicale ⁽¹⁾. A l'étranger, l'incision transversale de Pfannenstiel, que nous étudions plus loin, est de plus en plus en honneur.

L'incision verticale habituelle descend en bas jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse (fig. 197.); en haut, on la prolonge plus ou moins suivant les besoins; rarement il faut remonter au-dessus de l'ombilic; on la dévierait, dans ce cas, à gauche de la cicatrice.

Le bistouri divise successivement, couche par couche :

1° *La peau et le tissu cellulaire sous-cutané*; on sectionne toujours un certain nombre d'artérioles qu'il est habituelle-

peu, la malade étant en position horizontale, et ne faire donner l'inclinaison qu'immédiatement après.

(1) L'incision latérale, analogue à celle qu'on emploie pour l'anus iliaque ou pour l'ouverture des abcès appendiculaires, n'est indiquée qu'exceptionnellement pour évacuer une collection purulente adhérente à la paroi, sans traverser la grande cavité péritonéale (*laparotomie sous-péritonéale* de Pozzi, *extra-péritonéale* de Bardenheuer).

ment inutile de pincer⁽¹⁾; l'abondance des vaisseaux pariétaux peut faire prévoir l'existence d'adhérences dans la profondeur.

2° *L'aponévrose*; il faut, autant que possible, faire cette section entre les muscles droits (fig. 198), là où il n'y a qu'un plan fibreux uni-que et avasculaire; mais la ligne blanche est fort étroite au-dessous de l'ombilic et, si l'on ne se tient pas exactement sur la ligne médiane, on ouvre la gaine d'un des muscles droits : il faut alors se reporter en dedans de son bord interne. Les lèvres de l'incision aponevrotique sont repérées par des pinces;



Fig. 198. — Laparotomie sous ombilicale. Séparation des muscles droits.

3° *Le péritoine*, qu'on reconnaît à la couche grasseuse, plus ou moins épaisse, qui le double. L'ouverture de la séreuse demande des précautions dans tous les cas; elle devient particulièrement délicate lorsqu'il y a des adhérences profondes avec un viscère malade. On la fait de la manière suivante : avec deux pinces à griffes ou deux pinces de Kocher, on soulève un repli transversal de la séreuse, en ayant bien soin de ne prendre que le péritoine et de ménager ce qui peut se trouver au-dessous de

(1) Lorsque l'hémorragie nécessite la pose de pinces, on ne lie cependant ces petits vaisseaux qu'au moment de suturer la peau, parce que des ligatures mises dès le début risqueraient de s'infecter pendant les manœuvres opératoires; en outre, beaucoup d'artérioles sont suffisamment oblitérées par le pincement et ne saignent plus lorsqu'on enlève les pinces.

lui (épiploon, intestin); puis on incise verticalement ce pli

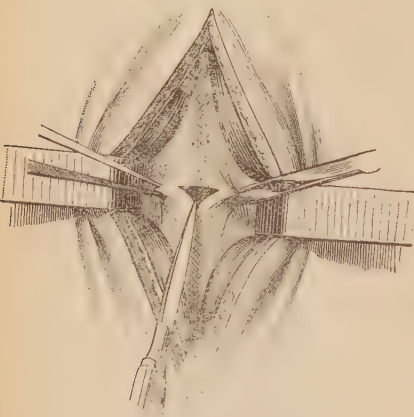
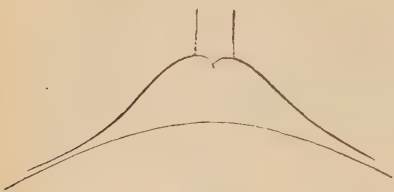


Fig. 199. — Laparotomie sous-ombilicale. Ouverture du péritoine.

qu'il faut ménager, et qui, d'ailleurs, court peu de risques si elle a été vidée au préalable; les doigts, pinçant la séreuse, reconnaissent facilement l'épaississement constitué par cet organe.

Les lèvres de l'incision sont soigneusement repérées par des pinces. Puis on met, de chaque côté, une grande compresse recouvrant la paroi incisée, ainsi que les pinces d'hémostase et de repère.

avec le bistouri (fig. 199) ou les ciseaux et l'on reconnaît aussitôt que l'on a pénétré dans une cavité libre. L'index gauche est alors introduit par l'ouverture ainsi faite; il charge la séreuse et elle seule et, sur ce doigt protecteur, on agrandit l'incision (fig. 200) au-dessus et au-dessous, autant qu'il est utile : en bas, on pensera à la vessie (fig. 201)

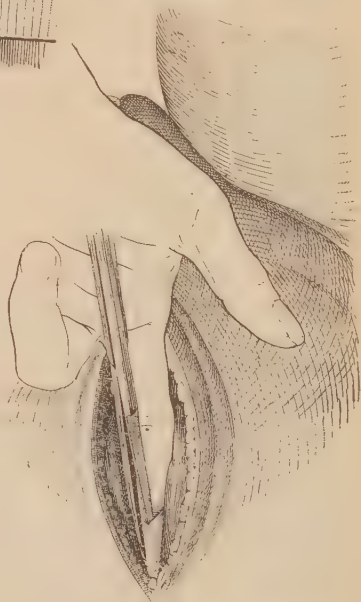


Fig. 200. — Laparotomie sous-ombilicale. Agrandissement de l'incision péritonéale.

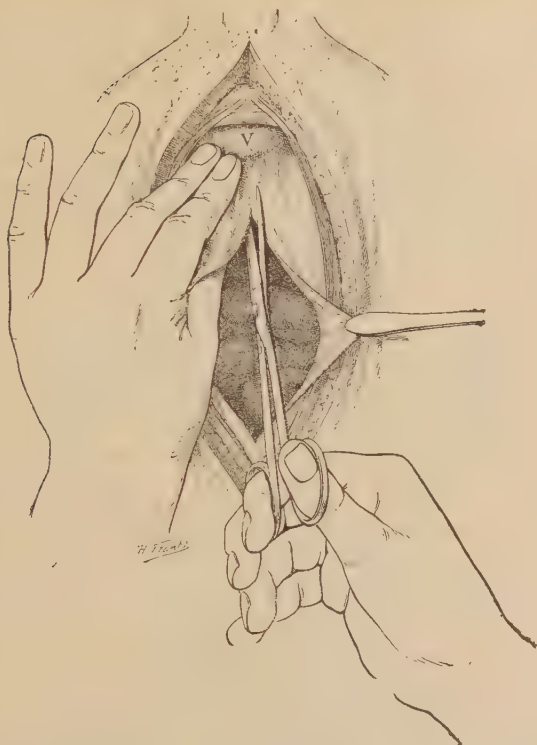


Fig. 201. — Moyen d'éviter la blessure de la vessie (V) dans les laparotomies sous-ombilicales. (Guibé.)

Incision transversale. — L'incision transversale de la peau, faite dans les poils, immédiatement au-dessus du pubis, suivie d'incision verticale et médiane de la ligne blanche et du péritoine, a été recommandée par Küstner en Allemagne, par Segond, Dartigues, Morestin en France. Cette incision cruciale est uniquement une incision esthétique. On a pu l'utiliser dans des cas de très petites lésions annexielles mais elle n'est applicable qu'à des tumeurs peu volumineuses et non adhérentes, et ne doit être employée que d'une manière exceptionnelle.

Très différente est l'incision de Pfannenstiël. La peau est bien sectionnée transversalement, mais le feuillet antérieur de la gaine des droits est incisé de même (fig. 202) et soigneuse-

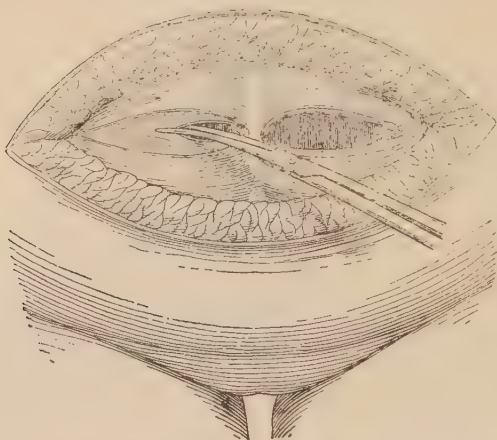


Fig. 202. — Incision de Pfannenstiël. Section transversale de l'aponévrose.
(D'après Krönig et Döderlein.)

ment détaché de la ligne blanche (fig. 205) en haut et en bas,

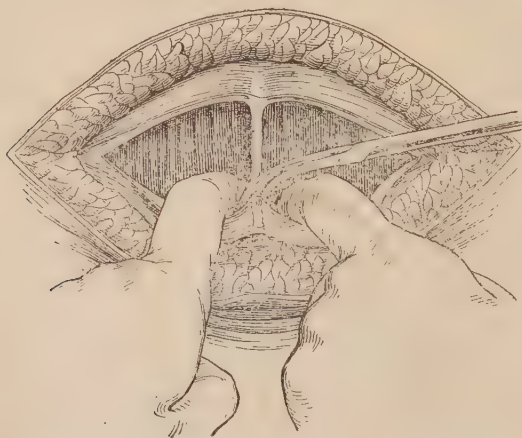


Fig. 203. — Incision de Pfannenstiël. Le lambeau aponévrotique antérieur est détaché de la ligne blanche. (D'après Krönig et Döderlein.)

ce qui permet d'en écarter les deux lèvres confiées à des pinces

sur une grande étendue verticale. Dans l'aire de cet écartement le péritoine est incisé longitudinalement (fig. 204). Les muscles grands droits, ainsi complètement libérés de leurs gaines, se laissent refouler très loin sur les parties latérales et l'inci-

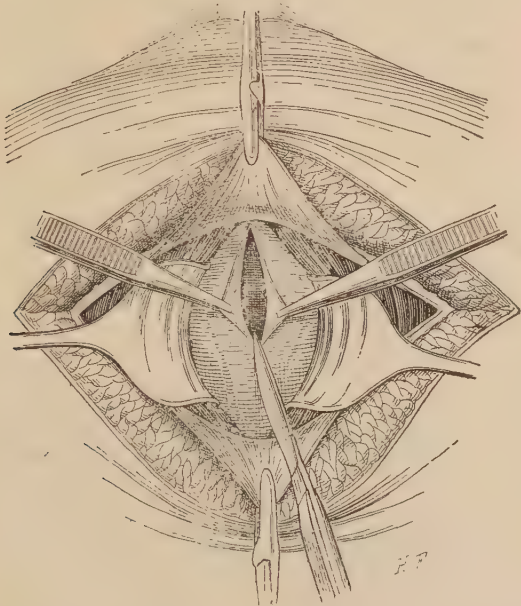


Fig. 204 — Incision de Pfannenstiel. Les deux lambeaux aponévrotiques sont attirés vers le haut et vers le bas. Les muscles droits sont écartés. Incision longitudinale du péritoine. (D'après Krönig et Döderlein.)

sion donne ainsi un jour excellent sur le petit bassin (fig. 205). A l'étranger elle est couramment employée pour les hystérectomies les plus difficiles. Cette incision est aussi très favorable au point de vue de la réfection de la paroi. Les muscles droits sont en effet suturés l'un à l'autre par leurs bords internes et par devant eux le tablier aponévrotique rabattu est suturé transversalement, ce qui met tout à fait à l'abri des risques d'éventration post-opératoire.

B. Exposition et garniture de l'excavation pelvienne.

— Il s'agit maintenant d'écarter les bords de l'incision pariétale pour découvrir largement le bassin dans lequel on va

désormais manœuvrer. Les écarteurs ordinaires sont insuffisants et il faut avoir recours à des valves. Les écarteurs à triple valve de Legueu et de Ricard, tiennent en place d'eux-mêmes,

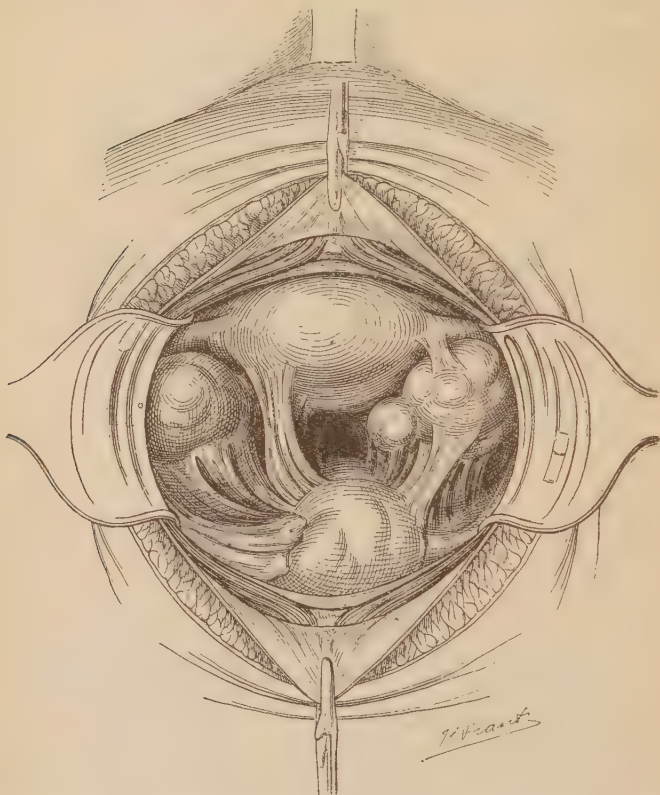


Fig. 205. — Incision de Pfannenstiel terminée. On peut juger du jour considérable qu'elle donne. (D'après Krönig et Döderlein.)

ce qui est précieux quand on opère avec un seul aide, et donnent un jour considérable. Il est préférable, à notre avis, d'employer concurremment une valve sus-pubienne, tenue par un aide ou fixée automatiquement (valve de Monprofit ou de Doyen), et des écarteurs simples ou à fixation automatique tel que l'écarteur de Gosset. La figure 206 montre la manœuvre d'introduction de la valve suspubienne, dont

la partie large est d'abord présentée parallèlement à l'incision médiane, puis est ramenée, par une rotation d'un quart de tour, à sa place définitive.

Dès l'ouverture de la paroi, si la malade est en position inclinée et s'il n'y a pas d'adhérence fixant l'épiploon ou l'intestin dans le bassin, ces viscères sont retombés vers la partie supérieure du ventre et laissent voir l'excavation pelvienne et son contenu.

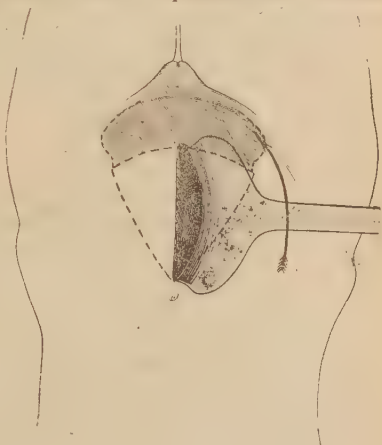


Fig. 206. — Introduction de valve sus-pubienne.

Avant d'aller plus loin, il faut isoler complètement l'intestin du champ opératoire, en le recouvrant de compresses stérilisées qui le protégeront du contact des mains et des instruments, l'empêcheront de se précipiter au dehors si la malade, insuffisamment endormie, fait des efforts de toux ou de vomissement, éviteront son infection si quelque poche à contenu septique est rompue au cours de l'opération. C'est là un des temps les plus importants de la laparotomie et il faut disposer ces compresses avec le plus grand soin.

Les grandes compresses dites habituellement *champs*, sont faites de toile ou de gaze; dans un cas comme dans l'autre, elles doivent être ourlées. Il ne faut prendre que de grandes compresses qui garnissent mieux que les petites; elles ont moins de chance de passer inaperçues et d'être oubliées dans le ventre. C'est pour éviter ce dernier accident que beaucoup de chirurgiens mettent une pince sur leurs compresses; cette précaution est inutile si l'on n'emploie pas un nombre exagéré de compresses, et si l'on fait une revision soignée du bassin avant de refermer le ventre.

C. Traitement des adhérences. — Nous ne pouvons, dans ce chapitre, donner sur ce sujet que des indications géné-

rales; nous croyons utile de le faire pour éviter des redites ultérieures.

Les adhérences qu'on rencontre au cours des laparotomies sont extrêmement variables : nulles ou insignifiantes dans certains cas, elles créent dans d'autres des difficultés extrêmes. Pratiquement, on peut distinguer des adhérences lâches, filamenteuses, en forme de brides et des adhérences serrées, en surface. Les premières ne constituent jamais un obstacle bien sérieux : rien n'est plus simple que de les couper, en se rappelant toutefois qu'elles peuvent renfermer des vaisseaux et nécessiter une ligature.

Ce sont les adhérences larges et serrées qui sont réellement embarrassantes. Elles peuvent réunir l'utérus et les annexes à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin (anses grêles ou côlon). Leur traitement varie suivant chaque variété.

a) *Adhérences pariétales.* — On essaiera de trouver le plan de clivage, qui permet de séparer les viscères du péritoine pariétal et cette séparation sera souvent possible; sinon on incisera le péritoine pariétal tout autour de la zone adhérente et on le décollera avec les parties à enlever.

b) *Adhérences épiploïques.* — Si elles sont résistantes et ne se laissent pas détacher facilement, il faut sectionner l'épiploon au-dessous d'une ligature unique si l'adhérence est étroite; si elle est large, on divisera l'épiploon en une série de petits pédicules qui seront liés isolément; nous renvoyons pour la technique de ces ligatures à la *Chirurgie de l'abdomen*, de Guibé.

c) *Adhérences intestinales.* — Ce sont elles qui créent les plus grandes difficultés, car il faut éviter autant que possible l'ouverture de l'intestin. Lors donc qu'on ne trouvera pas facilement un plan de clivage permettant la séparation des deux viscères, il vaudra mieux laisser un fragment de trompe ou de poche adhérent à l'intestin. Si, après la décortication des annexes, la surface d'une anse intestinale apparaît éraillée et saignante, on enfouira le point suspect par des sutures de Lembert (Voir Guibé). S'il se produit une déchirure complète de l'intestin, on la refermera aussitôt par un double plan de sutures, suivant la technique habituelle sur laquelle nous n'avons pas à insister ici.

D. Hémostase. — L'appareil génital interne de la femme, utérus et annexes, est tout entier irrigué par six artères, trois de chaque côté. Les deux principales, utérine et utéro-ovarienne, s'anastomosent à plein canal pour former une longue arcade artérielle qui longe successivement de bas en haut le cul-de-sac latéral du vagin, le bord externe de l'utérus et le bord inférieur de la trompe et de l'ovaire, occupant la base, puis le bord interne et enfin le bord supérieur du ligament large. Tout le reste, c'est-à-dire toute la partie moyenne de ce ligament, est avasculaire.

L'*artère utéro-ovarienne*, née de l'aorte abdominale, aborde le ligament large par son angle supérieur et externe (ligament infundibulo-pelvien). L'*artère utérine*, source principale d'irrigation des organes génitaux, est une branche de l'hypogastrique : elle descend d'abord le long de la paroi pelvienne, puis, décrivant une crosse à concavité supérieure, elle aborde les côtés du dôme vaginal, puis de l'utérus qu'elle suit jusqu'à la corne utérine; ses rapports sont surtout importants à connaître au niveau de sa crosse : c'est là qu'elle croise l'uretère, un peu au-dessous de l'isthme utérin, à 15 ou 20 millimètres en dehors du col de l'utérus; c'est là également qu'elle donne naissance à un certain nombre de branches qui vont aux culs-de-sac du vagin et au bas-fond vésical, branches qui saignent au niveau de la branche vaginale dans une hystérectomie totale et dont l'hémostase est parfois délicate; plus haut, l'utérine donne une série de branches au corps de l'utérus. Ces branches sont horizontales et il suffit de lier le tronc d'origine immédiatement au-dessous d'elles pour avoir une hémostase parfaite dans l'hystérectomie supravaginale; elles n'atteignent pas la ligne médiane et les sections passant exactement par le milieu de l'utérus sont exsangues.

La troisième artère qui se distribue aux organes génitaux est une branche de l'épigastrique, l'*artère funiculaire*, qui accompagne le ligament rond et s'épuise sur la corne utérine; elle est beaucoup moins importante que les précédentes.

De cette courte description anatomique, que l'on complétera dans les livres classiques, résultent les faits suivants :

1° *Lorsqu'on enlève les annexes* (trompe, ovaire, ou les deux à la fois), *il faut et il suffit de deux ligatures*, l'une en dehors sur l'artère ovarienne, vers le ligament infundibulo-pelvien

l'autre en dedans, sur l'utérine, vers la corne. Souvent d'ailleurs on peut pédiculiser l'organe à enlever et lier en masse les deux artères prises dans un même fil ; mais ce n'est pas là le procédé d'hémostase idéal (Voir chap. II. — Ablation des salpingites).

2° *Lorsqu'on enlève l'utérus, avec ou sans les annexes, il faut et il suffit de six ligatures* : trois de chaque côté, sur l'utéro-ovarienne, la funiculaire et l'utérine. Ceci n'est strictement exact que pour l'hystérectomie supravaginale ; dans l'hystérectomie totale, il faut souvent quelques ligatures complémentaires sur les branches vaginales de l'utérine.

Dans toute opération abdominale, l'hémostase doit être assurée par des ligatures. L'emploi des pinces à demeure, qui empêchent de fermer complètement la plaie abdominale, ne saurait être généralisé ici comme dans les opérations vaginales : tout au plus, peut-on y avoir recours dans des cas exceptionnels, comme procédé de nécessité.

L'angiatripsie, employée seule, est une méthode inefficace, dangereuse et universellement abandonnée aujourd'hui. Certains chirurgiens écrasent cependant, avec des pinces spéciales, les gros pédicules pour en réduire le volume et les lier plus facilement. Nous ne croyons pas cette manœuvre nécessaire, car nous préférons, d'une façon générale, à la ligature en masse des pédicules, petits ou gros, la ligature isolée des artères qu'ils renferment.

On peut placer le fil avant de couper l'artère, si celle-ci a été découverte, ou bien couper le vaisseau, le pincer, puis le lier ; c'est affaire d'habitude et de goût.

Il ne faut pas lier directement l'artère saisie par une pince, car le fil pourrait glisser et donner une hémorragie secondaire. Il faut passer ce fil au moyen d'une aiguille, mousse ou pointue, qui charge avec l'artère une petite quantité des tissus environnants ; on assujettit ensuite le fil par un nœud double (triple lorsqu'on emploie du catgut) bien serré et l'on est certain d'avoir une hémostase complète et définitive.

On discute encore sur le meilleur matériel à employer pour faire ces ligatures et le chirurgien suivra ici ses préférences, choisissant entre le catgut, la soie et le fil de lin. La majorité des opérateurs préfèrent le catgut qui a l'immense avantage de se résorber : en employant des fils moyens, pas trop gros, soi-

gneusement noués (car les nœuds ont une certaine tendance à se relâcher), c'est, croyons-nous, un bon mode d'hémostase.

La soie, à la double condition d'être fine, et d'être parfaitement aseptique, est bien tolérée et donne une hémostase très solide ; mais la moindre infection détermine la production d'une fistule jusqu'à élimination du fil.

E. Péritonisation. — Quand les parties malades ont été enlevées et que les ligatures sont faites, les temps essentiels de l'opération sont terminés. Il reste cependant quelques surfaces de l'excavation pelvienne, sanglantes et suintantes, qui n'ont pas repris leur aspect normal ; ce sont les tranches des pédicules sectionnés et les surfaces cruentées dues à la décortication des adhérences.

On ne s'occupait pas autrefois de ces détails et on refermait le ventre, avec ou sans drainage, en laissant à la formation des fausses membranes péritonéales le soin d'enfouir ces points saignants. A l'heure actuelle, et c'est là un progrès technique important, on préfère enfouir sous des sutures séro-séreuses toutes les surfaces cruentées ; on fait une véritable autoplastie péritonéale, une *péritonisation*, dont le résultat est qu'une fois l'opération terminée l'aspect de l'excavation pelvienne est partout normal, sans le moindre point saignant.

Cette péritonisation a le triple avantage de s'adresser à la fois à l'hémorragie, à l'infection et à la production des adhérences intestinales, qui sont les trois dangers essentiels après les laparotomies. Elle supprime le suintement sanguin en nappe au niveau des surfaces cruentées. Elle combat l'élément infectieux par des moyens multiples : d'abord parce qu'elle est hémostatique ; ensuite parce qu'elle favorise la résorption des liquides épanchés dans le péritoine ; en dernier lieu, enfin, parce qu'elle constitue une barrière qui limite le processus inflammatoire. En ne laissant en contact que des surfaces lisses, partout tapissées de séreuse, elle empêche la production d'adhérences intestinales et supprime ainsi la cause la plus importante des occlusions post-opératoires.

Nous ne pouvons donner ici en détail la technique de la péritonisation qui est évidemment variable avec chaque opération et presque avec chaque cas. Cette technique sera indiquée, pour

chaque opération, dans les chapitres suivants ⁽¹⁾. D'une manière générale, on peut avoir affaire soit à des cas faciles, sans grand délabrement et avec peu d'adhérences (kystes de l'ovaire, fibromes), et la péritonisation par un surjet à la Lembert est alors des plus faciles, soit à des cas de tumeurs très adhérentes dont l'ablation laisse de larges surfaces cruentées (salpingites) : il faut alors suturer, par-dessus les moignons utérins ou tubaires, la séreuse de la vessie à la séreuse du côlon pelvien. C'est la péritonisation haute, le cloisonnement du bassin dont l'idée première revient sans conteste à Chaput.

F. Reconstitution de la paroi abdominale. — On renouvelle alors les compresses qui garnissaient le champ opératoire. On essuie soigneusement, avec une compresse montée, le fond du cul-de-sac de Douglas. On vérifie les ligatures et sutures ; on s'assure qu'il n'y a pas le moindre suintement sanguin. Il ne reste plus ensuite qu'à refermer le ventre. On peut, si l'on veut, remettre à ce moment la malade en position horizontale.

On enlève les compresses qui recouvraient l'intestin et celui-ci revient à sa place dans le bassin. On étale au-devant de lui une compresse propre qui sera graduellement retirée à mesure qu'on fait la suture pariétale. On enlève les pinces placées au début sur les petits vaisseaux de la paroi et, si l'un d'eux saigne encore, on le lie.

Les procédés de suture de la plaie abdominale sont nombreux ; tous prétendent réaliser une fermeture simple et solide et éviter les éviscérations. Nous allons décrire les deux méthodes les plus usitées : la suture à un seul plan et à fils temporaires et la suture à plusieurs plans superposés et à fils perdus. C'est cette dernière qui semble préférée à l'heure actuelle, mais beaucoup de chirurgiens, comme Routier, Ricard, restent fidèles au plan unique qui, dans tous les cas, rendra des services lorsqu'il faut finir vite une opération (rupture de grossesse tubaire, par exemple).

a) *Suture à un seul plan et à fils temporaires.* — On peut la faire avec des crins de Florence doubles ou de la grosse soie, mais les fils métalliques (argent, bronze d'aluminium) sont

(1) Pour plus de détails sur la question, voir : Quénu et Juliet, *Rev. Chir.*, 1901, Judet, *Thèse de Paris*, 1902, et Lecène, *Rapport au Congrès de Berlin*, 1912.

bien préférables parce qu'ils sont lisses, solides et faciles à parfaitement stériliser.

On place une anse de fil tous les deux centimètres environ ; il en faut donc quatre ou cinq pour réunir une plaie ordinaire de laparotomie. Chaque anse est passée avec une aiguille solide, longue et fortement recourbée⁽¹⁾, qui prend, sur chaque lèvre de l'incision et largement, la peau, l'aponévrose et le muscle droit, le péritoine (fig. 207).



Fig. 207. — Réfection de la paroi abdominale : suture en un seul plan.

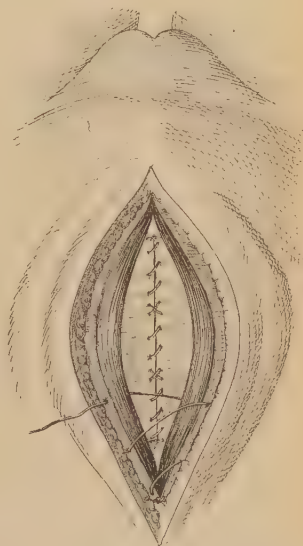


Fig. . — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures : surjet péritonéal.

Entre ces anses principales, on place quelques points superficiels au crin, pour affronter la peau.

Les fils métalliques seront enlevés le septième ou huitième jour.

b) *Suture à plusieurs plans superposés et à fils perdus.* — C'est la suture classique, telle qu'elle est décrite dans le *Précis*

(1) L'aiguille la meilleure et la plus pratique pour passer les fils métalliques est l'aiguille tubulée, ou plus simplement l'aiguille de Doyen.

de chirurgie de l'abdomen. Nous rappellerons seulement qu'on la fait d'ordinaire à trois plans superposés : les deux profonds (fils perdus) avec du catgut de préférence à la soie, le superficiel avec du crin de Florence.

On placera donc successivement :

1° Un surjet de catgut (fig. 208) fin (n° 0) sur le péritoine ;

2° Un surjet de catgut un peu plus fort (n° 2) sur l'aponévrose et les muscles ;

3° Enfin, un nombre suffisant de points séparés au crin sur

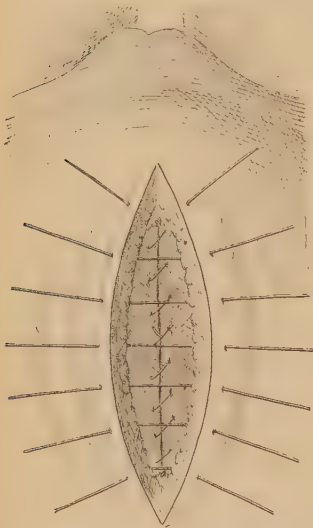


Fig. 209. — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures : surjet musculo-aponévrotique

la peau (fig. 209). Il est bon, pour éviter la formation d'espaces morts, de faire alterner, dans cette suture cutanée, des points superficiels ne prenant que la peau avec des points profonds qui chargent un peu du plan aponévrotique. Quelques chirurgiens, (Pozzi) pour avoir une cicatrice peu visible, remplacent les points séparés au crin par un fin surjet au catgut passé le long des bords cutanés au moyen d'une petite aiguille de Hagedorn. Des points profonds au fil d'argent, noués sur des bourdonnets (fig. 210) empêchent la formation d'un

espace mort au-dessous de cette suture superficielle. La cicatrice ainsi obtenue est presque

invisible à condition d'employer du catgut très fin et de couper

les fils profonds le cinquième jour. On peut également employer la suture intra-dermique (Voir Veau, *Pratique courante*, p. 9) qui demande un peu plus de temps. Lorsqu'on veut terminer rapidement la suture cutanée, il est bon de recourir à l'emploi des agrafes de Michel (fig. 211) qui donnent un excellent affrontement mais ne solidarisent pas les plans sous-cutanés.

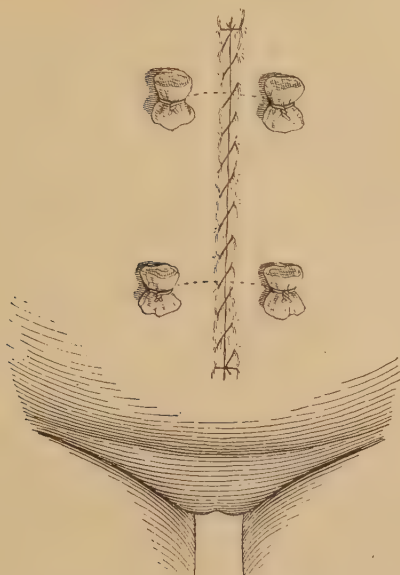


Fig. 210. — Surjet cutané au catgut avec points de soutien profond. (Pozzi.)



Fig. 211. — Pose des agrafes de Michel.

G. Drainage. — La fermeture du ventre sera, suivant le cas, complète ou incomplète : le drainage n'est certainement qu'une méthode de nécessité qui a des inconvénients sérieux (durée plus longue de la cicatrisation, possibilité de fistules, cicatrice disgracieuse et faible) ; néanmoins, ses indications sont très étendues et il permet, dans bien des cas, d'éviter de graves complications.

a) *Ses indications.* — Nous croyons pouvoir les résumer de la manière suivante :

1° *Le drainage est indispensable* quand on intervient pour des lésions de péritonite septique (rupture de salpingite, péritonite puerpérale) ; quand, au cours de l'intervention, on a crevé une poche à contenu septique ; quand on a déchiré, puis suturé l'intestin ; quand on a affaire à des lésions gangreneuses (kyste tordu, fibrome sphacélé) ; quand on est obligé d'abandonner dans le ventre un fragment de poche septique ou quelque autre tissu probablement infecté.

2° *Le drainage est habituellement indiqué* quand il reste, à la fin de l'opération, des surfaces dépourvues de péritoine et suintantes ; quand la séreuse a subi de grands délabrements par suite de la libération des adhérences ; quand l'hémostase n'est pas parfaite et qu'on redoute la persistance d'un léger saignement en nappe. Ce sont là autant d'indications habituelles du drainage ; elles tendent cependant à se restreindre par l'emploi de la péritonisation qui, bien faite, permet souvent de refermer complètement le ventre. D'autres fois, il faut combiner les deux méthodes : drainage et péritonisation.

3° *Le drainage est discutable* quand l'opération s'est prolongée, quand le sujet est affaibli et peu résistant, quand le chirurgien a des doutes sur son asepsie personnelle, celle de ses aides ou de ses instruments ; quand il y a dans le ventre, avant l'opération, un épanchement sanguin (hématocèle) qui pourrait s'infecter secondairement.

4° Dans tous les autres cas, *le drainage est inutile.*

b) *Sa technique.* — Il y a deux grandes méthodes de drainage, entre lesquelles se partagent les chirurgiens actuels et qui, toutes deux, sont susceptibles de rendre de grands services : ce sont le *drainage abdominal* et le *drainage vaginal*.

1^o *Drainage abdominal.* — On peut le faire de diverses façons : par des tubes, par la gaze, ou en combinant ces deux moyens.

a) *Drainage par des tubes.* — C'est le procédé le plus simple, le plus employé et, à notre avis, de beaucoup le meilleur. Les tubes de verre ne sont pas d'un usage courant en France et on préfère habituellement les drains de caoutchouc qu'il faut choisir gros (2 centimètres de diamètre environ) et à parois assez épaisses et rigides pour qu'elles ne s'affaissent pas.

Le drain est introduit jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas (fig. 212). Au-dessus de lui, on reconstitue la paroi abdominale par les procédés habituels. Pour éviter que le drain ne pénétre complètement dans le ventre, on le fixe à la peau par un crin de Florence ou, tout simplement, on passe au travers de son extrémité libre une épingle de sûreté.

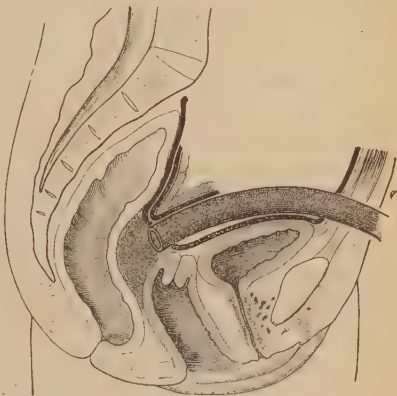


Fig. 212. — Drainage abdominal.

Le drain ainsi disposé, si gros soit-il, est insuffisant à assurer l'écoulement des liquides exsudés dans le fond du bassin, car ils ont à lutter contre la pesanteur. *Il est indispensable de compléter ce drainage par l'aspiration.* Donc, une ou deux fois par jour, pendant les quarante-huit premières heures au moins, il faut introduire, dans la lumière du drain laissé en place, une sonde de Nélaton, dont on aura coupé le bout, y adapter une seringue et aspirer les liquides que renferme l'excavation.

S'il n'y a pas d'exsudat ou s'il y en a peu et s'il disparaît rapidement, on enlèvera le drain au bout de quarante-huit heures et on laissera se refermer la plaie. Dans le cas contraire, il faut laisser le drain et continuer à faire l'aspiration régulière jus-

qu'à ce que le bassin soit asséché ; puis on retire le drain progressivement.

Sauf exception, le drainage ne doit jamais être prolongé au delà de six à huit jours.

b) *Drainage par la gaze* (drainage à la Mikulicz). — C'est un procédé très discuté. Ses défenseurs lui reconnaissent le double avantage d'être hémostatique et de drainer : il serait donc particulièrement indiqué lorsqu'on est en présence de surfaces dénudées et saignantes. Mais lorsqu'elle est assez tassée pour être hémostatique, la gaze ne draine plus ou draine mal et il faut adjoindre le drainage avec un tube. En outre, la gaze contracte rapidement des adhérences avec les parties voisines, et l'ablation des mèches, qu'il ne faut pas retarder au delà de trois ou quatre jours, est toujours pénible : on a vu la rupture de ces adhérences déchirer l'intestin et déterminer une fistule stercorale ou provoquer une hémorragie notable.

On emploie habituellement, pour ce drainage, une ou plusieurs mèches de gaze stérilisées, ourlées, amenées jusqu'au fond du bassin et ressortant par l'angle inférieur de la plaie abdominale. On peut aussi faire, de la manière suivante, le tamponnement à la Mikulicz : « On prend un morceau de gaze stérilisée, carrée, grand comme un mouchoir de poche, au centre duquel est fixé un fil de soie long et solide. On plie la gaze en forme de cornet de telle façon que le milieu forme une pointe et que l'extrémité du fil de soie pende à l'extérieur ; avec une pince courbe, on saisit le sac en son milieu et on le place à l'endroit voulu. » Dans la cavité du sac, on introduit une ou plusieurs mèches, en quantité suffisante pour tamponner et effacer tout espace mort.

On enlève les mèches au bout de quarante-huit heures, le sac de gaze au quatrième ou cinquième jour. On facilite cette ablation en imbibant au préalable la gaze avec de l'eau oxygénée. Après l'ablation du sac, il est prudent de le remplacer, pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, par un drain. Malgré ses inconvénients qui doivent rendre son emploi très rare, il est incontestable que dans des cas très graves le drainage à la Mikulicz peut rendre de grands services.

Le drainage capillaire par la gaze est certainement inférieur au drainage par les tubes avec aspiration : la gaze se dessèche

et draine mal. On peut, jusqu'à un certain point, obvier à cet inconvénient en recouvrant la plaie d'un pansement humide sans imperméable, suivant la pratique proposée par Lejars.

c) *Drainage combiné par la gaze et les tubes.* — Cette méthode mixte est très employée en pratique. On peut se servir d'un véritable Mikulicz, dans l'intérieur duquel on place un gros drain ; ou, plus simplement, on introduit un drain jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas et on le flanque de deux ou trois mèches de gaze qui vont tamponner les pédicules ou les surfaces cruentées.

Les mèches doivent toujours être retirées avant le drain.

2° *Drainage vaginal.* — Les partisans de cette méthode sont nombreux. Elle a peu d'inconvénients et beaucoup d'avantages. Le seul reproche sérieux qu'on lui ait fait est la mise en communication permanente de l'excavation pelvienne et du vagin, cavité normalement septique ; mais on a certainement exagéré ce danger : d'une part, le bassin que l'on draine n'est pas aseptique ; d'autre part, on peut, jusqu'à un certain point, désinfecter le vagin et éviter cette ascension microbienne qui n'a jamais été bien démontrée.

En revanche, le drainage vaginal a les avantages suivants : il draine au point déclive, les liquides exsudés s'écoulent par l'action de la pesanteur et il est inutile de faire de l'aspiration ; il permet de suturer complètement, comme d'habitude, la plaie abdominale et donne ainsi une paroi plus solide, avec moins de chances d'éventration ; enfin il se combine parfaitement avec la péritonisation : que, par exemple, après l'ablation de salpingites très adhérentes, on se trouve en présence d'un cul-de-sac de Douglas suintant, avec de grands délabrements péritonéaux, rien de plus facile que de séquestrer cette cavité douteuse en l'isolant du reste de la séreuse par la suture du péritoine vésical avec le péritoine colique, puis, au-dessous, de la drainer par le vagin.

Lorsqu'on a fait l'hystérectomie abdominale totale, on draine par le fond du vagin qui est ouvert (fig. 213). Lorsqu'au contraire on a fait l'hystérectomie supra-vaginale ou une simple ablation des annexes, il faut inciser le vagin pour établir le drainage. Cette incision se fait au niveau du cul-de-sac de Dou-

glas, point déclive, d'un coup de ciseaux, sur une pince courbe introduite par un aide dans le vagin et poussée à fond dans le cul-de-sac postérieur.

On peut se contenter de passer un gros drain du ventre dans le vagin et le fixer par un tamponnement vaginal modérément serré.

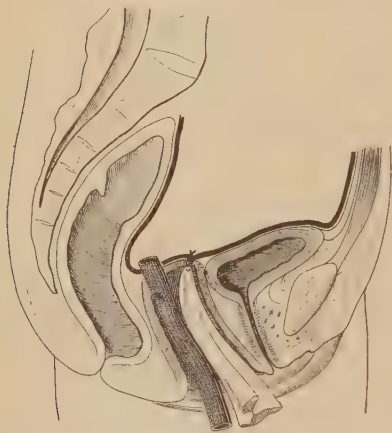


Fig. 215. — Drainage vaginal. Ouverture du cul-de-sac de Douglas, au point déclive. (D'après Doyen.)

Voici comment fait Routier, partisan convaincu du drainage vaginal : il emploie deux drains assez courts, de 10 ou 15 millimètres de diamètre, un peu rigides, et trois mèches de gaze; drains et mèches sont munis d'un long fil de soie qui servira à les retirer. Le tout est réuni en paquet, saisi par une pince et introduit, de haut en bas, du ventre

dans le vagin : les drains sont disposés de façon à être dans le vagin, leur extrémité supérieure affleurant juste la cavité péritonéale; des trois mèches, l'une, médiane, est conduite dans le fond du Douglas, les deux autres, latérales, sont dirigées à droite et à gauche vers les pédicules annexiels; tous les fils sortent par le vagin qui est tamponné lâchement.

On enlève ordinairement drains et mèches au bout de cinq jours.

CHAPITRE II

ABLATION DES ANNEXES

Le manuel opératoire de l'ablation des annexes est trop différent suivant les lésions pour lesquelles on intervient, pour qu'on en puisse donner une description générale.

Nous allons étudier en détail l'extirpation des kystes de l'ovaire et celle des salpingites, puisque ce sont les deux opérations qui se pratiquent le plus fréquemment sur les annexes. Nous ajouterons quelques mots sur le traitement des autres affections annexielles justiciables de la laparotomie (tumeurs solides de l'ovaire, rupture de grossesse tubaire, hématocele rétro-utérine).

I. ABLATION DES KYSTES DE L'OVAIRE

Lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire bien pédiculé, sans adhérence, l'opération est d'une extrême simplicité.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — C'est un des rares cas, où une incision de petites dimensions soit de mise. Un kyste, même volumineux, peut, après ponction, être extirpé par une petite ouverture. On n'hésitera pas, bien entendu, si l'on reconnaît au cours de l'opération l'existence d'adhérences ou de parties solides dans le kyste, à agrandir largement l'incision. Beaucoup de chirurgiens tendent même à l'heure actuelle, en présence d'un kyste de dimensions moyennes à l'enlever tel quel sans le ponctionner.

2^e temps : Ponction et libération du kyste. — En général, au moins si le kyste est d'un certain volume, il a refoulé en se

développant l'intestin et l'épiploon et on tombe sur lui dès que la paroi est incisée. On reconnaît le kyste à sa surface lisse, blanc nacré ou bleuâtre, souvent sillonnée de grosses veines.

Immédiatement, le chirurgien introduit la main dans l'abdomen, contourne le kyste, reconnaît son pédicule, l'existence

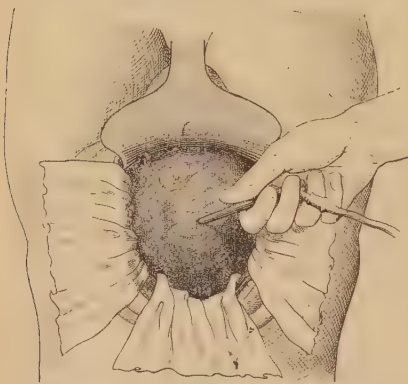


Fig. 214. — Ablation d'un volumineux kyste de l'utère. Ponction.

ou l'absence d'adhérences ; si celles-ci sont très molles, elles peuvent être libérées du même coup, mais, en règle générale, on les détachera plus facilement après l'évacuation du kyste.

Après cette exploration rapide, on entoure de compresses la portion du kyste qui se présente dans l'incision abdominale, de façon à la bien

isoler ; au centre de cette surface en, un point avasculaire, on ponctionne (fig. 214) pour vider le contenu du kyste. Cette ponction, ordinairement préférée avec raison à l'incision du kyste, se fait avec un gros trocart muni d'un tube de caoutchouc conduisant le liquide kystique dans un seau placé à côté de la table d'opération ; les appareils à aspiration sont le plus souvent inutiles.

Une seule ponction suffit pour les kystes uniloculaires ; s'agit-il au contraire d'un kyste multiloculaire, il faut ponctionner successivement chacune des poches volumineuses, en négligeant les petites ; souvent d'ailleurs, quand une première poche est vidée, il suffit d'enfoncer un peu plus le trocart dans une direction nouvelle pour pénétrer dans une autre poche.

Quand une poche est complètement évacuée, on retire le trocart et on oblitère aussitôt l'orifice de ponction par une pince en cœur.

A mesure que l'évacuation diminue le volume du kyste, celui-ci est attiré au moyen de pinces hors du ventre

(fig. 215) et l'on détache les adhérences qui peuvent fixer la tumeur aux parties voisines; nous avons indiqué au chapitre précédent la manière de traiter les différentes sortes d'adhérences.

Finalement le kyste, évacué et libéré, est accouché à travers la plaie abdominale, on glisse des compresses tout autour de son pédicule et le reste de l'opération se passe en dehors de la cavité abdominale.

De plus en plus aujourd'hui, du reste, à moins de volume excessif du kyste, on tend comme nous l'avons dit plus haut, à faire de grandes incisions permettant d'extraire le kyste en totalité et

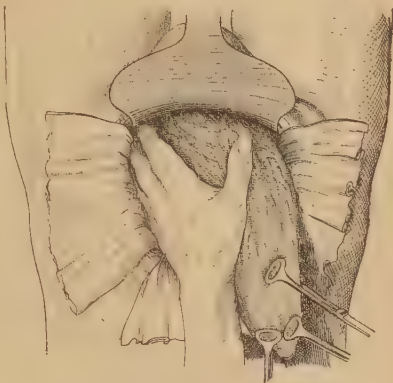


Fig. 215. — Extraction du kyste.

d'éviter ainsi les manœuvres d'évacuation toujours douteuses au point de vue de l'asepsie.



Fig. 216. — Pincement du pédicule.

3^e temps : Ligature et section du pédicule. — Le chirurgien, suivant sa convenance, fait d'abord la ligature et ne sectionne qu'ensuite le pédicule; on coupe d'abord celui-ci (fig. 216) au-devant d'un clamp et termine par la ligature.

Sauf le cas de kyste inclus dans le ligament large, la tumeur est toujours nettement pédiculée et son pédicule est d'ordinaire peu volumineux; l'indication de faire une ligature en chaîne ou d'appliquer l'angiotribe pour réduire son volume est donc exceptionnelle.

Pour éviter à coup sûr les accidents très graves qu'entraînerait le glissement de la ligature, il faut passer le fil avec une aiguille en pleine épaisseur du pédicule; on lie d'une façon simple et solide par deux fils entre-croisés ou par le nœud employé ordinairement pour les sacs herniaires.

Reste à sectionner le pédicule (si ce n'est déjà fait) à 10 ou 12 millimètres en avant de la ligature, à couper ras les chefs de celle-ci et, pour éviter les adhérences ultérieures du moignon, à enfouir la tranche de section et la ligature par quelques points séro-séreux (1).

4^e temps : Fermeture du ventre. — Le moignon est enfoui; on enlève les compresses et, après avoir vérifié l'état de l'autre ovaire et de l'utérus, on reconstitue la paroi abdominale comme d'habitude. Suture complète, sans drainage.

Kystes du ligament large. — Qu'il s'agisse d'un kyste parovarien ou d'un kyste de l'ovaire qui s'est développé vers le ligament large, le fait de s'être inclus entre les feuillets de ce repli séreux crée pour la tumeur des conditions opératoires nouvelles.

Le ventre ouvert, il est facile de constater les connexions du kyste avec le ligament et de reconnaître le feuillet séreux qui recouvre la tumeur. Il faut alors inciser ce feuillet, et lui seul, à la partie supérieure du ligament, sous la trompe, en repérer les bords, puis décortiquer la tumeur en la séparant de son enveloppe séreuse. Si le kyste n'est pas très volumineux, on peut l'extraire sans le ponctionner et l'énucléation en est même alors plus facile; s'il est de grandes dimensions, on le ponctionne, puis la poche vidée est saisie par des pinces et extraite (fig. 217).

Le clivage entre la paroi kystique et les feuillets séreux du ligament large est d'ordinaire assez facile car il y a, entre eux, une mince couche celluleuse; mais cette séparation donne du sang, surtout veineux, assez abondant.

Parfois il y a, vers la partie inférieure du ligament large, des adhérences intimes, surtout avec l'uretère, qui peuvent rendre difficile, dangereuse ou même impossible l'extirpation complète. De même en dedans, le kyste peut adhérer à l'utérus et l'hystérectomie s'imposer.

(1) Lorsqu'il s'agit d'un kyste de nature douteuse, il est préférable de pratiquer l'hystérectomie.

Le plus souvent cependant, l'ablation est menée à bien et l'on se trouve en présence de la cavité laissée dans le ligament large par l'extirpation du kyste. On tamponne quelques instants, puis on pince et on lie soigneusement tous les points qui saignent; on complète cette hémostase en supprimant la cavité par des points de catgut en capiton qui accolent les deux feuillets du ligament large. Ce n'est que si cette hémostase est parfaite et s'il ne subsiste pas le moindre suintement qu'on est autorisé à fermer complètement le ventre sans drainer.



Fig. 217. — Extraction d'un kyste parovarien.

Marsupialisation. — Quand un kyste de l'ovaire présente des adhérences très étendues et impossibles à séparer, quand un kyste du ligament large ne peut être complètement disséqué, il faut bien se contenter de ne réséquer qu'une partie de la poche et abandonner le reste. On pratique alors la *marsupialisation* du kyste, méthode qui a de multiples inconvénients (suppuration prolongée, fistules, cicatrice mauvaise), mais qui s'impose parfois comme une méthode de nécessité et qu'il faut par conséquent connaître.

On attire hors du ventre toute la portion libre de la poche et on la sectionne un peu en avant de la plaie abdominale. Puis on fixe à la partie inférieure de cette plaie la portion restante : une première série de sutures prend la paroi kystique et toute l'épaisseur de la paroi abdominale; d'autres sutures fixent les bords de l'ouverture du kyste à la peau. Au-dessus, on referme, comme d'habitude, la plaie abdominale. La cavité du kyste est bourrée de gaze.

II. ABLATION DES SALPINGITES

L'ablation de la trompe et de l'ovaire malades avec conservation du reste de l'appareil génital est indiquée dans les cas assez rares de salpingite unilatérale, tandis que nous croyons, avec la majorité des chirurgiens actuels, que les lésions bilatérales relèvent de l'hystérectomie.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale et exposition du champ opératoire. — Il faut ici une large incision, car il faut y voir clair jusqu'au fond du petit bassin. La petite incision, autrefois préconisée par Lawson Tait, n'est plus de mise aujourd'hui : elle oblige à n'opérer qu'au doigt, sans le contrôle de la vue ; aujourd'hui, avec la position inclinée, une grande incision, de bonnes valves, nous faisons plus facilement des opérations moins graves.

Dès que le ventre est ouvert, on met en place une des valves sus-pubiennes décrites au chapitre précédent et l'on garnit soigneusement le champ opératoire : les intestins refoulés vers le diaphragme sont recouverts de plusieurs épaisseurs de grandes compresses ; on ne doit plus les apercevoir avant la fin de l'opération ; si cet isolement du champ opératoire est convenablement réalisé, l'ouverture d'une collection tubaire pendant les manœuvres de décortication n'est plus qu'un incident sans gravité.

2^e temps : Recherche et libération des annexes malades. — Ce temps de l'opération est trop variable avec les lésions pour qu'on en puisse donner une description générale. Il est presque toujours assez délicat.

Le plus souvent on reconnaît immédiatement la trompe malade et ses connexions ; sa situation est très variable, souvent elle est dans le cul-de-sac de Douglas derrière l'utérus et il y a avantage à commencer son isolement en bas et en arrière.

Il y a toujours des adhérences, mais leur étendue et leur solidité sont variables ; nous avons dit plus haut comment les traiter. S'agit-il d'une salpingite droite, il n'est pas rare de

trouver l'appendice adhérent à la masse annexielle et, comme cet appendice est toujours altéré, il faut le réséquer avec la trompe.

Lorsqu'il existe une collection tubaire d'un certain volume, il peut être avantageux de l'évacuer par ponction, comme un kyste : on diminue ainsi les chances de crever la poche pendant sa décortication. Mais cette manœuvre a aussi ses inconvénients : la décortication d'une poche pleine et résistante est plus facile ; la paroi, souvent friable, se déchire au niveau de l'orifice de ponction.

A côté des cas de difficulté moyenne que nous venons d'envisager et dont on viendra toujours à bout par une décortication méthodique des annexes, il en est d'autres où la masse inflammatoire remplit le bassin, fusionne les organes, si bien que le chirurgien s'oriente mal et ne sait par où attaquer ces lésions. Il est vrai que, dans ces formes graves, les deux trompes sont habituellement prises, et qu'il faut, à notre avis, faire la castration totale.

Toujours est-il que si l'on veut faire une simple salpingectomie dans un cas de ce genre, il faut tout d'abord se repérer en reconnaissant le fond

et les angles de l'utérus, qu'il est toujours possible de trouver. Puis, au ras du bord interne de l'utérus, entre lui et la collection annexielle, on glisse une pince de Kocher et en dehors d'elle (fig. 218) on coupe le bord interne du ligament large : la trompe se trouve ainsi libérée d'abord en dedans ; on la fait basculer et on la dégage de bas en haut en finissant par la libération de sa partie externe

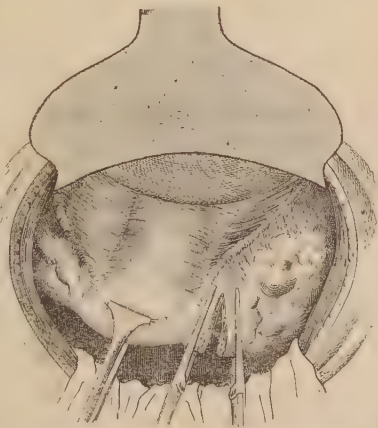


Fig. 218. — Salpingectomie. Libération des annexes du côté droit. Section du ligament large en dedans de la trompe. (D'après J.-L. Faure.)

et du pédicule utéro-ovarien. Cette attaque des salpingites de bas en haut (fig. 219) rend les plus grands services dans les cas

difficiles; nous la retrouverons plus loin en étudiant les procédés d'hystérectomie abdominale pour suppurations pelviennes.



Fig. 219. — Dégagement des annexes de bas en haut. (D'après J.-L. Faure.)

3^e temps : Pédiculisation et ablation des annexes. — Quand la décortication est terminée, dans les cas simples et qu'on n'a pas eu besoin d'avoir recours à la libération de dedans en dehors, on se trouve en présence d'une masse de volume variable, rattachée par un pédicule plus ou moins large à la corne utérine et au bord supérieur du ligament large; ce pédicule renferme les vaisseaux utérins et utéro-ovariens et l'extrémité utérine de

la trompe. On peut le traiter de deux façons :

a. Le procédé autrefois classique consiste à se comporter vis-à-vis de ce pédicule comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. On le transperce avec une aiguille qui ramène un fil double, et on fait une ligature entre-croisée; puis on sectionne le pédicule à quelques millimètres au-dessus du fil, on cautérise le moignon tubaire et on enfouit la surface de section par quelques points à la Lembert. On a donc pris dans une seule ligature tous les éléments du pédicule; il reste un gros moignon; la trompe est coupée à une certaine distance de l'utérus.

b. Nous préférons, comme plus réglée et plus anatomique, la manière suivante importée d'Amérique (Kelly) et souvent appliquée en France (Delbet, Legueu). On fait une extirpation complète des annexes sans hémostase préalable : le ligament large est coupé, de dehors en dedans, au-dessous de la masse inflammatoire; on poursuit en dedans jusqu'à la corne utérine de façon à enlever la totalité de la trompe, qui peut même être suivie

jusque dans l'épaisseur du muscle utérin; c'est à ce niveau qu'elle est liée et coupée.

Chemin faisant, on pince et on lie les vaisseaux qui saignent, c'est-à-dire, en dehors, l'utéro-ovarienne, et, en dedans, près de la corne utérine, l'artère utérine. Il ne reste plus, pour terminer, qu'à refermer le bord supérieur du ligament large par des points de suture séro-séreux.

4^e temps : Fermeture du ventre. — Le chirurgien se déterminera, d'après l'étendue des délabrements et les incidents opératoires, à drainer ou non; il s'efforcera, dans tous les cas, à faire disparaître toutes les surfaces cruentées par une péritonisation bien faite. Nous ne pouvons, sur ces différents points, que renvoyer aux chapitres précédents.

Laparotomie dans les autres affections annexielles.

a. L'ablation des *tumeurs solides de l'ovaire* ne présente rien de particulier; elle est identique à celle des kystes, la ponction en moins; l'opération est facile ou difficile suivant l'étendue des adhérences; celles-ci sont surtout développées dans les tumeurs malignes.

b. La *rupture de la trompe gravide* impose la laparotomie d'urgence et est rapidement menée. Le ventre est ouvert sur la ligne médiane; on enlève à pleines mains les premiers caillots qui se présentent et l'on va tout de suite à la trompe rompue qui est saisie par un clamp ou une pince de Kocher glissée au-dessous d'elle (fig. 220). L'hémorragie est dès lors maîtrisée, et c'est plus à loisir qu'on pratique l'extirpation de la trompe rompue, comme s'il s'agissait d'une salpingite; on éponge ensuite les caillots qui remplissent le bassin; quoi qu'on en ait dit, mieux vaut les enlever, car ils constituent un trop bon milieu de culture pour la moindre infection; toute l'opération peut ne durer que quelques minutes⁽¹⁾.

c. L'*hématocèle rétro-utérine* enkystée, non suppurée, peut être traitée par la laparotomie; nous n'avons pas à discuter ici les mérites comparés de cette opération et de la colpotomie.

(1) Lorsque, l'intervention finie, on remet la malade à plat, le sang liquide qui était retombé vers le diaphragme à la faveur de la position inclinée reflue vers le bassin. Il faut connaître ce détail pour ne pas croire, à ce moment, à une hémotase insuffisante et à une reprise de l'hémorragie.

L'incision ordinaire conduit sur la poche limitée en haut par l'épiploon et des adhérences, et est reconnaissable à son aspect noirâtre dû aux caillots qui transparaissent. La poche est ou-

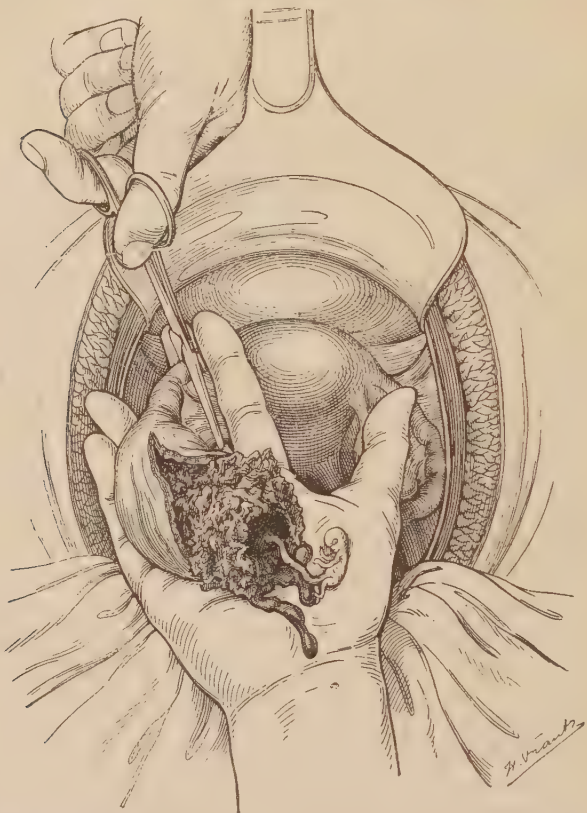


Fig. 220. — Laparotomie pour rupture de grossesse tubaire. La main va rapidement saisir derrière l'utérus la trompe rompue et un champ destiné à assurer l'hémostase immédiate et glissé sur le doigt.

verte et les caillots enlevés ; on trouve habituellement au milieu d'eux la trompe ou ses débris, et on l'extirpe comme d'ordinaire ; on décortique la paroi de la poche et on la résèque là où cette décortication est facile, mais il ne faut pas trop insister et vouloir enlever toute cette paroi : ce serait s'exposer inutilement à des hémorragies et à des lésions intestinales graves. Le drainage de la poche est le plus souvent nécessaire.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS CONSERVATRICES
SUR LES ANNEXES

Ces opérations n'ont été qu'assez rarement pratiquées. Leurs indications ne sont en effet pas fréquentes, car une salpingite qui a résisté à un traitement médical prolongé et bien conduit mérite d'être enlevée. Nous n'emploierions guère ces interventions que lorsque, avec une trompe profondément altérée et que l'on traite par la salpingectomie, on trouve, du côté opposé, des annexes très légèrement atteintes.

Ces opérations conservatrices s'adressent, les unes à l'ovaire pour détruire les portions altérées de cet organe, les autres à la trompe dans le but d'en rétablir la perméabilité, condition essentielle de la fécondation.

A. — Résection partielle de l'ovaire.

Cette opération s'adresse aux lésions ovariennes qui restent localisées à une partie de la glande, avec intégrité d'une certaine quantité de parenchyme.

Elle comprend les temps suivants :

1^{er} temps. — Le ventre est ouvert par l'incision médiane habituelle. L'ovaire malade est reconnu, libéré de ses adhérences, s'il en existe, amené dans la plaie et entouré de compresses. Un aide le maintient entre le pouce et l'index glissés au-dessous de la glande, au niveau du hile, et comprimant les vaisseaux, ce qui assure l'hémostase pendant l'opération.

2^e temps. — On cerne par deux incisions les parties malades et on fait leur excision, enlevant de l'ovaire un coin en tranche

de melon (fig. 221). On touche au thermocautère les surfaces de section et on enfonce la pointe rougie dans les petits kystes qui se présentent.

3^e temps. — Un surjet, au moyen d'un catgut fin mais résis-

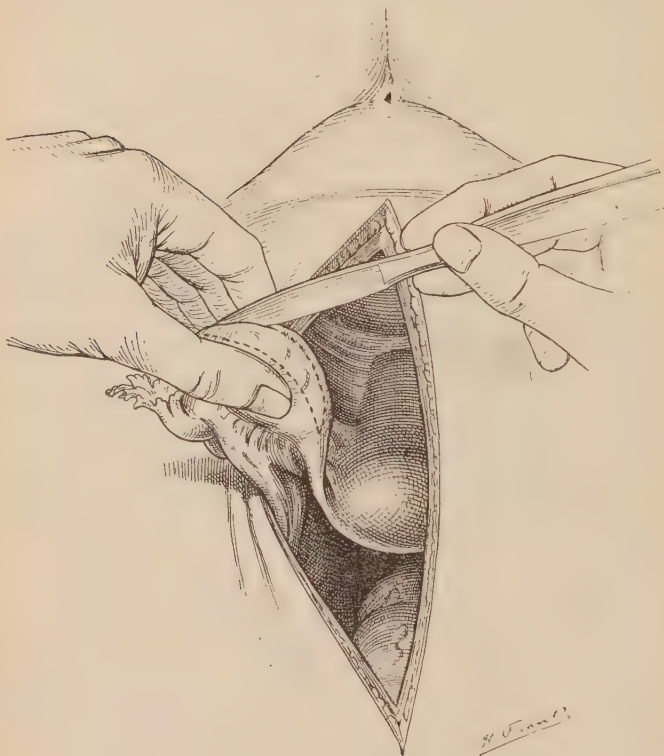


Fig. 221. — Résection de l'ovaire. Section du parenchyme.

tant faufile profondément dans les deux valves de tissu ovarique restant, rapproche ces valves et assure l'hémostase (fig. 222).

La résection de l'ovaire, lorsque ses indications sont bien choisies, donne de très bons résultats. Pozzi, sur 48 opérées revues, en a trouvé 35 complètement guéries ou du moins très améliorées. 7 seulement déclaraient leur état stationnaire et n'avaient point retiré de bénéfice de leur opération. La

résection de l'ovaire n'agit nullement en mauvaise part sur les fonctions ovariennes, soit qu'il y ait résection bilatérale, soit qu'il y ait résection d'un côté et ablation de l'autre; il est fréquent d'observer la grossesse, qui se poursuit avec une évolution

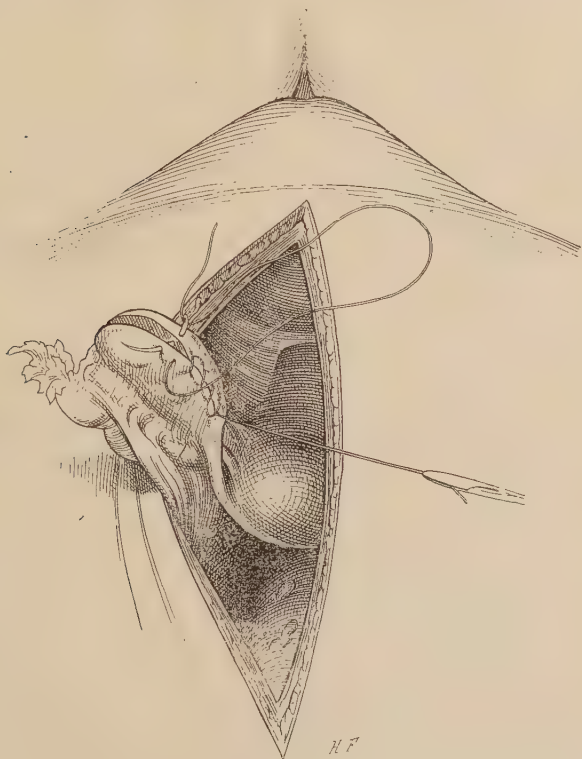


Fig. 222., — Résection de l'ovaire. Suture.

normale. On voit donc que c'est là une opération tout à fait recommandable, qui doit être toujours substituée à l'ignipuncture de l'ovaire, laquelle, inefficace et dangereuse, est absolument à rejeter.

B. — Salpingorrhaphie.

Cette opération consiste, après avoir libéré le pavillon de la

trompe des adhérences qui le fixaient en position anormale, à le ramener au contact de l'ovaire, à étaler ses franges à la surface de cet organe et à les y fixer par quelques points de catgut.

Cette opération suppose la perméabilité de l'ostium abdominale; dans le cas contraire, on aurait recours à la salpingostomie.

C. — *Salpingostomie.*

Elle s'adresse aux cas dans lesquels le pavillon est fermé et la partie voisine de la trompe distendue comme un kyste..

On incise cette portion dilatée et, pour que l'incision devienne un orifice permanent, on ourle tout autour, par un surjet, la muqueuse et la séreuse. L'orifice nouveau, ainsi créé, est appliqué et fixé à la surface de l'ovaire.

D. — *Salpingoplastie.*

Vidal, qui a imaginé cette opération, lui a donné le nom de salpingoplastie, parce qu'elle est très analogue à la pyloroplastie. Elle a pour but de traiter les rétrécissements de la trompe. Elle comprend les temps suivants :

1^{er} temps. — Un stylet, introduit par le pavillon, vient repérer le point rétréci; à ce niveau on fait une incision longitudinale intéressant toute l'épaisseur de la paroi tubaire et assez longue (quelques millimètres) pour dépasser des deux côtés le point rétréci.

2^e temps. — On introduit par le pavillon une fine bougie de baleine qui entraîne un fil double de soie; cette bougie traverse toute la trompe et l'ostium uterinum et arrive dans la cavité utérine où une pince vient la chercher; les fils restent en place, dans la trompe, pendant quatre jours, pour assurer le drainage.

3^e temps. — Suture verticale de l'incision longitudinale faite à la trompe, de façon à élargir le point primitivement rétréci.

4^e temps. — On enfouit la ligne de réunion sous un repli péritonéal emprunté à l'aileron moyen du ligament large et fixé par des sutures.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS ABDOMINALES
DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS
UTÉRINES

La rétroversion est la seule des déviations utérines qui soit justiciable d'un traitement opératoire. L'intervention comporte, dans ce cas, deux manœuvres successives : libération de l'utérus d'abord par destruction des adhérences qui, presque toujours, le maintiennent en position vicieuse ; — fixation de l'utérus ensuite, en antéversion.

Pour maintenir l'organe incliné en avant, comme normalement, on peut s'adresser à lui-même ou aux ligaments ronds, faire une fixation directe ou indirecte. Nous allons décrire ces deux ordres d'opérations.

I. OPÉRATIONS S'ADRESSANT A L'UTÉRUS LUI-MÊME

A. — Hystéropexie abdominale.

Cette opération que Terrier a employée avec succès contre le prolapsus de l'utérus, s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — Une incision courte (10 centimètres), immédiatement sus-pubienne, suffit lorsqu'il n'y a pas trop d'adhérences et de lésions annexielles.

On l'agrandirait au besoin.

2^e temps : Libération de l'utérus. — Le chirurgien explore ensuite le bassin, ce qui est facile grâce à la position inclinée de la malade. Il vérifie l'état des annexes et leur applique le traitement nécessaire s'il y a lieu (rupture d'adhérences, ignipunc-

ture, résection partielle ou totale). Il essaye de mobiliser l'utérus et, s'il y a des adhérences postérieures fixant l'organe, il les détache jusqu'à obtenir une parfaite mobilité.

L'utérus devenu complètement libre est saisi et maintenu, soit avec les doigts de la main gauche, ce qui a l'avantage de ne pas le traumatiser et de ne pas le faire saigner, mais ce qui est souvent incommode, — soit par une anse de fil (fig. 225.) passée un peu au-dessous de son fond et confiée à un aide, — soit avec une pince-érigne (dans ce cas, il faut avoir soin, suivant le conseil de Richelot, de faire la prise sur la face antérieure de l'utérus, en un point qui, l'opération terminée, sera accolé à la paroi abdomi-

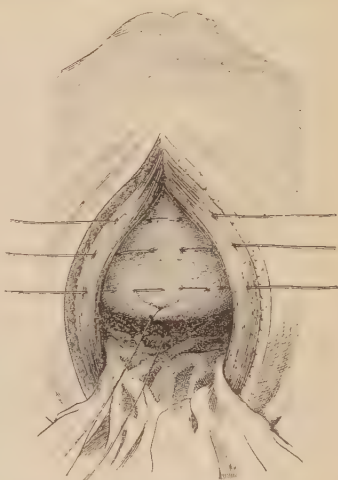


Fig. 225. — Gastro-hystéropexie par le procédé de Terrier. Une anse de fil maintient provisoirement le fond de l'utérus. Les fils définitifs sont passés au niveau de la face antérieure.

nale : on arrête ainsi l'hémorragie, légère, mais persistante, due à la déchirure du tissu utérin par la pince).

3^e temps : Placement sur l'utérus des fils fixateurs. — Il est inutile d'aviver, par grattage ou décollement du péritoine, la portion de la face antérieure de l'utérus qui sera appliquée à la paroi.

Cette face antérieure étant bien exposée, on y passe trois ou quatre anses de fil, transversales, cheminant dans l'épaisseur du tissu utérin sur une étendue de trois centimètres environ et assez profondément. Les deux chefs de chaque fil sont immédiatement repérés par une pince hémostatique.

Le fil le plus inférieur doit être au niveau de l'isthme, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Le plus élevé sera placé *au-dessous de l'insertion des trompes* : il est capital de ne jamais fixer le fond de l'utérus, pour lui permettre de se développer dans le cas de grossesse ultérieure.

On emploie habituellement pour ces sutures le gros catgut ou la soie : ce sont les seuls fils qui puissent être laissés en suture perdue. Les opérateurs qui font une fixation à fils temporaires emploient le crin de Florence ou le fil d'argent. L'aiguille de Reverdin courbe est très commode pour passer ces fils.

4^e temps : Passage des fils fixateurs à travers les lèvres de l'incision abdominale.— L'utérus est maintenu, relevé et appliqué à la paroi abdominale. On reprend successivement chaque chef de chacune des anses fixatrices et on lui fait traverser la lèvre correspondante de l'incision pariétale, à 10 ou 15 millimètres de son bord libre ; on prend le péritoine et toute l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique (1). Quand tous les fils sont ainsi placés et noués, de bas en haut, on a réalisé à la fois la fixation de l'utérus et le plan profond de fermeture du ventre.

Quelques fils perdus ordinaires complètent cette réunion profonde, s'il y a lieu, au-dessus et au-dessous des fils fixateurs.

Legueu emploie un mode de fixation particulier, imité du

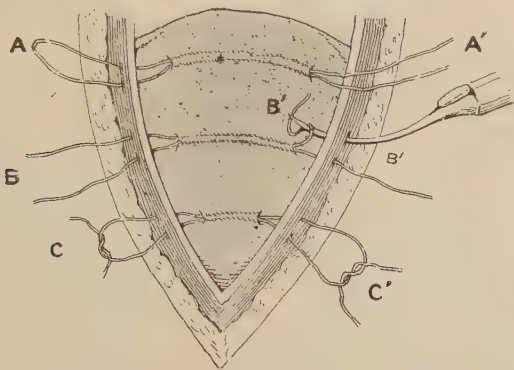


Fig. 221. — Gastro-hystéropexie par le procédé de Legueu. Dispositif des fils AA', BB' et CC' en anses doubles (Monod et Vanverts).

procédé de néphropexie de Guyon. Il consiste à suspendre l'utérus à la paroi abdominale par l'intermédiaire de trois doubles échelons (fig. 224) de fils transversaux.

(1) Certains auteurs, pour ne pas laisser de fils perdus, réalisent la fixation avec des crins ou du fil d'argent traversant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris les plans cutanés, et noués au-devant de la peau. Ces fils sont enlevés au bout de quinze jours.

5^e temps : *Suture superficielle de la plaie pariétale.*

Jamais de drainage. Tamponnement du vagin pour soutenir l'utérus.

B. — Cunéo-hystérectomie antérieure (opération de Thiriar).

Cette opération consiste essentiellement dans l'ablation d'un coin de tissu utérin sur la face opposée à une courbure anormale que l'on veut redresser ; on suture ensuite les deux tranches résultant de cette ablation.

L'opération, d'ailleurs assez peu employée, se pratique plus souvent sur la face antérieure de l'utérus pour corriger une rétroflexion, attitude toujours pathologique, que sur sa face postérieure pour redresser une antéflexion, courbure normale.

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus.* — Comme dans l'hystéropexie abdominale.

3^e temps : *Réséction cunéiforme de l'utérus.* — Sur la face de l'utérus qu'il s'agit de raccourcir (convexité de la courbure utérine), à la hauteur du pli de flexion, c'est-à-dire habituellement au niveau de l'isthme, on incise transversalement le péritoine, et lui seul, dans toute la largeur de l'utérus ; puis on décolle, sur une certaine étendue, les deux lèvres de cette incision péritonéale, de façon à mettre à nu le muscle utérin ; dans la cunéo-hystérectomie antérieure, il faut décoller avec attention la lèvre péritonéale inférieure, car on détache avec elle la vessie.

Sur le muscle utérin ainsi dénudé, on trace une incision elliptique à grand axe transversal, circonscrivant la base du coin à réséquer : le diamètre transversal de l'ellipse doit mesurer toute la largeur de l'utérus, en respectant toutefois les vais-



Fig. 225. — Cunéo-hystérectomie abdominale pour rétroflexion. La paroi utérine a été réséquée en coin. Trois fils sont passés pour affronter la perte de substance. (D'après Jonnesco).

seaux qui longent les bords de cet organe ; le diamètre vertical sera proportionnel au degré de flexion à corriger (15 à 20 millimètres en général) (fig. 225).

On creuse peu à peu avec le bistouri dans le tissu utérin de façon à tailler un coin ayant la base qui vient d'être indiquée et dont le sommet affleure la muqueuse utérine qu'il faut respecter.



Fig. 226. — Cunéo-hystérectomie.
Opération terminée. (D'après Jonnesco.)

4^e temps : Suture de l'utérus.

— Une première série de points séparés au catgut assez fort (n° 1), passés verticalement et prenant toute l'épaisseur des tranches utérines, accole les deux surfaces cruentées et réalise ainsi l'hémostase de la plaie et le redressement de l'utérus (fig. 226).

Par-dessus cette première ligne de sutures, on réunit l'incision péritonéale par un surjet de catgut fin.

5^e temps : Fermeture de la paroi abdominale. — Sans drainage.

II. OPÉRATIONS QUI S'ADRESSENT AUX LIGAMENTS RONDS

A. — *Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander).*

La malade est opérée en position horizontale.

1^{er} temps : Découverte et isolement du ligament rond. — Ce temps, qui est très analogue au début de la cure radicale d'une hernie inguinale, est successivement répété à droite et à gauche.

Incision cutanée de six à sept centimètres, parallèle à l'arcade crurale (fig. 227) et située à un petit travers de doigt au-dessus de cette arcade, venant finir à l'épine du pubis (1^{er} repère).

Cette incision découvre l'aponévrose du grand oblique (2^e repère) que l'on examine avec soin pour reconnaître l'orifice inguinal externe (fig. 228), souvent étroit chez la femme : par cet orifice sort une branche du nerf génito-crural avec un petit peloton graisseux (3^e repère). Ce n'est pas à ce niveau qu'il faut chercher le ligament rond qui, déjà éparpillé, pourrait passer inaperçu et ne donnerait pas une prise suffisante aux tractions.

On glisse alors, par l'orifice inguinal externe, une sonde cannelée qui charge l'aponévrose du grand oblique, paroi antérieure du canal inguinal et on fend cette paroi dans toute



Fig. 2-7. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Tracé de l'incision (côté gauche).

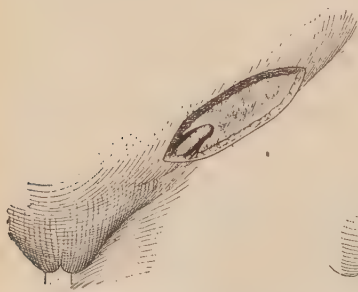


Fig. 228. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Recherche de l'orifice inguinal externe.

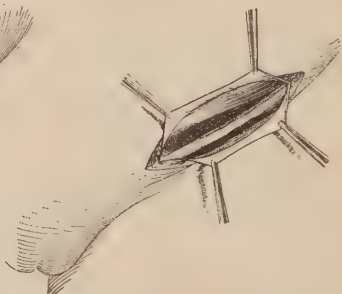


Fig. 229. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Ouverture du canal inguinal.

son étendue; deux pinces repèrent les lèvres aponévrotiques (fig. 229).

Dans le canal ainsi largement ouvert, on trouve facilement le ligament, à condition d'aller le chercher dans la partie supé-

rieure de la plaie, vers l'orifice inguinal profond : c'est, à ce niveau, un cordon arrondi, blanchâtre, capable de supporter une assez forte traction; on l'isole, à la sonde cannelée, des parois du canal et on le saisit avec une pince (fig. 250). Il faut respecter autant que possible le cul-de-sac péritonéal qui accompagne le ligament à l'orifice inguinal profond.

2^e temps : Réduction de la rétroversion. — Tandis qu'un aide refoule en haut le col avec les doigts introduits dans le vagin,

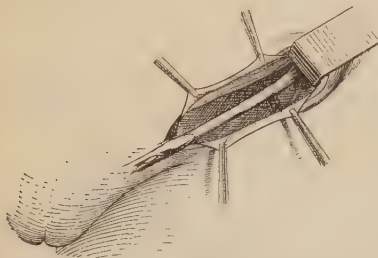


Fig. 250. — Raccourcissement extrapéritonéal. Isolement du ligament rond.

le chirurgien saisit les deux ligaments ronds et exerce sur eux une traction douce, progressive, continue et égale des deux côtés. L'allongement des ligaments est souvent considérable (8 à 10 centimètres). Il faut tirer (fig. 251) jusqu'à ce que la réduction complète soit obtenue; elle s'annonce

« par la cessation brusque de la résistance opposée au chirurgien qui tire et par la sensation de recul que donne le col aux doigts de l'aide; en même temps on constate, par la palpation hypogastrique, que le fond de l'utérus a repris sa place derrière le pubis ». (Richelot.)

3^e temps : Fixation des ligaments. — Les ligaments étant toujours maintenus tendus et l'utérus réduit, on procède, successivement de chaque côté, à la fixation du ligament aux parois du canal inguinal. On peut se

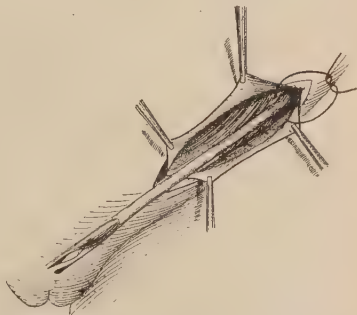


Fig. 251. — Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Réduction de la rétroversion.

contenter de prendre ce ligament dans les points réunissant l'incision faite à l'aponévrose du grand oblique; mais, comme on a reproché à l'opération d'Alquié-Alexander de prédisposer

aux hernies, nous croyons préférable de faire, à l'exemple d'Edebohls, une reconstitution à deux plans (fig. 252) de la paroi inguinale, comme dans le procédé de Bassini pour la cure radicale des hernies.

On passera donc, avec une aiguille courbe, trois ou quatre points séparés de catgut, traversant, de haut en bas, le tendon conjoint (ou le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse), le ligament rond et le bord postérieur de l'arcade crurale. — Après fixation, on résèque la portion exubérante du ligament.

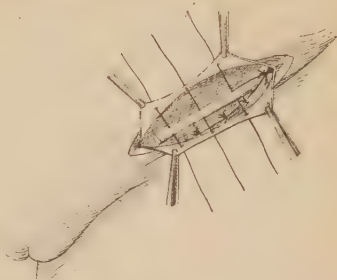


Fig. 252. — Fixation du ligament rond raccourci à la paroi abdominale. L'adossement du tendon conjoint à l'arcade fémorale est réalisé par le plan de sutures profondes exécutées précédemment.

4^e temps : *Fermeture des plaies inguinales.* — Par deux plans de suture, l'un sur l'aponévrose du grand oblique (catgut), l'autre sur la peau (crin de Florence).

Tamponnement vaginal pour soutenir l'utérus.

B. — Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds a l'avantage de permettre un redressement de l'utérus sous le contrôle de la vue. Il peut s'exécuter avec plicature simple, avec plicature et fixation à la paroi abdominale, ou avec fixation rétro-utérine.

1. **Plicature des ligaments. Procédé de Wylie.** — La simple plicature des ligaments se fait de la manière suivante : Le petit bassin étant bien exposé par une incision de laparotomie médiane, après s'être assuré que la rétroversion se laisse aisément réduire, on saisit au moyen de deux pinces à forcipressure chacun des ligaments ronds par sa partie moyenne et l'on détermine ainsi deux anses qu'une traction égale rend parfaitement symétriques. Au moyen de trois ou quatre points à

la fine soie on vient alors successivement à gauche, puis à droite (fig. 253) adosser par leurs bords internes les deux branches de chacune des auses fournies par les ligaments ronds coudés. Suture de la paroi sans drainage.

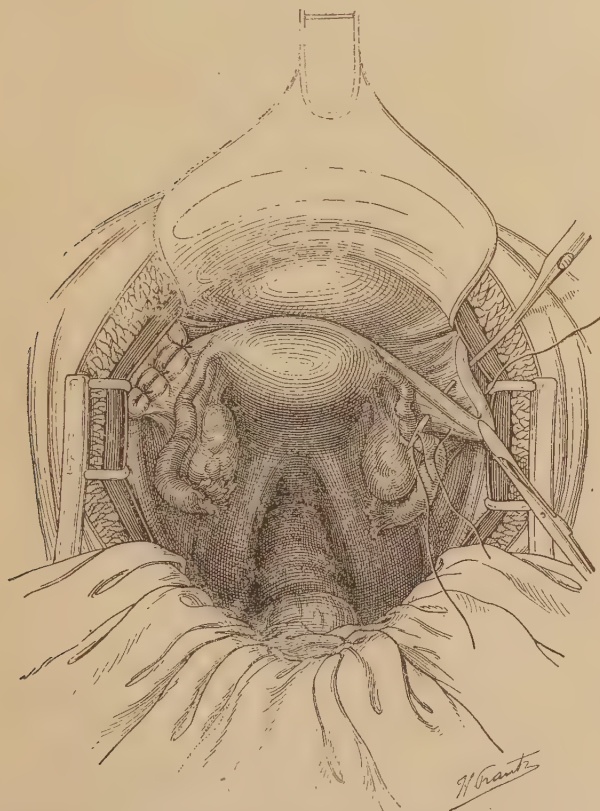


fig. 253. — Plicature des ligaments ronds. Procédé de Wylie. A gauche, opération terminée. A droite, passage des sutures.

2. Fixation à la paroi. Procédé de Doléris-Richelot.

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus*, comme dans l'hystéropexie.

3^e temps : *Reconnaissance et prise des ligaments ronds*. —
« Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou

5 centimètres de l'utérus, car auparavant leurs fibres sont éparpillées, tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre nettement saillant sous la séreuse péritonéale et aisément appréciable. »

Ayant bien reconnu les ligaments, l'opérateur saisit chacun d'eux dans une anse de fort catgut et tire de façon à réduire la rétroversion.

4^e temps : Fixation des ligaments ronds à l'angle inférieur de la plaie et fermeture du ventre. — Les anses ligamenteuses

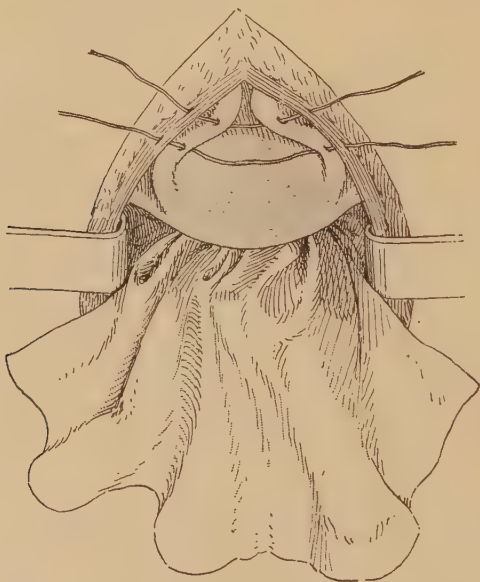


Fig. 234. — Plicature et fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale suivant le procédé de Doléris-Richelot (Monod et Vanverts).

déterminées par la traction des pinces hémostatiques sont incluses dans l'extrémité inférieure de la plaie abdominale au moyen de deux ou trois catguts (fig. 234) prenant à la fois le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques. On ferme ensuite, comme d'habitude, la plaie de la laparotomie.

Doléris fait porter à ses opérées un pessaire de Hodge pendant deux mois.

3. Inclusion pariétale des ligaments ronds. (Procédé de Doléris.) — C'est là, nous semble-t-il, le procédé de choix dans les rétro-déviation de l'utérus. Voici comment il convient de l'exécuter :

1^{er} Temps. — Incision de la paroi abdominale sur une étendue de 8 centimètres environ. Isolement et redressement

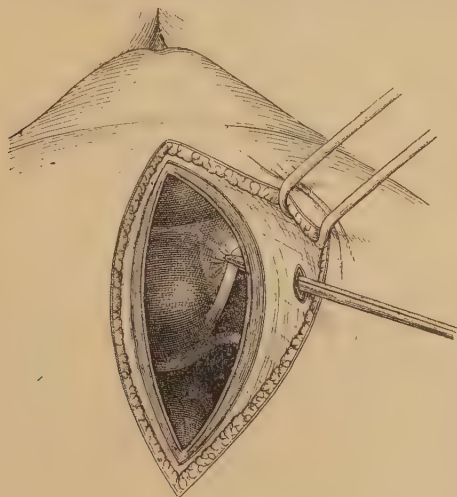


Fig. 235. — Inclusion pariétale des ligaments ronds. (Procédé de Doléris.)
Une pince introduite à travers le grand droit dissocié vient saisir le ligament rond.

de l'utérus. Ceci étant fait et le fond de l'utérus soulevé sur un lit de compresses, on vient, de chaque côté de la partie moyenne de l'incision, à 2 centimètres environ en dehors du bord interne du muscle grand droit, faire une incision aponévrotique longitudinale d'environ 1 centimètre de longueur; les bords en sont repérés, et dès que les fibres musculaires apparaissent, elles sont dissociées longitudinalement jusqu'au péritoine qu'on ouvre sur une très petite étendue. Par cet orifice on passe de la superficie vers la profondeur une longue pince qui vient saisir le ligament rond à environ 3 centimètres en dehors de la corne utérine (fig. 235).

2^e Temps. — Une traction sur la pince amène le ligament rond au dehors en lui faisant décrire une anse dont la pince

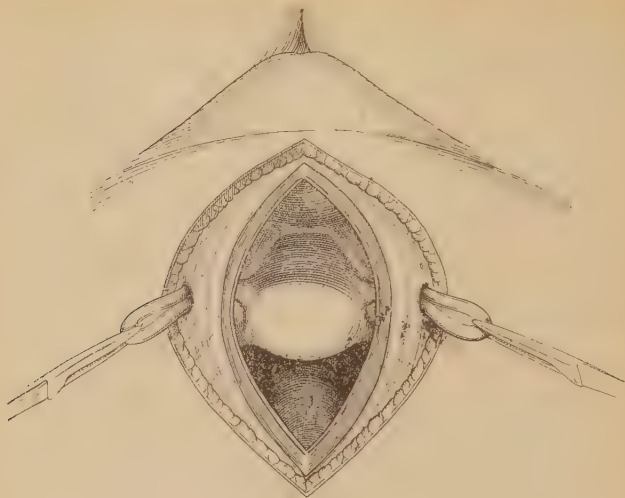


Fig. 236. — Inclusion pariétale des ligaments ronds. (Procédé de Doléris.) La traction sur les ligaments ronds redresse l'utérus et détermine la production de deux anses au-devant de la paroi.

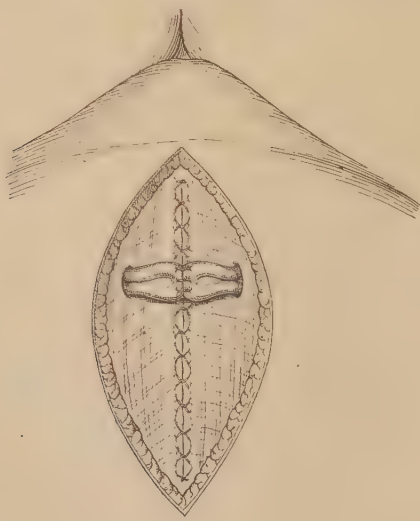


Fig. 237. — Inclusion pariétale. (Procédé de Doléris.)
Fixation l'une à l'autre des anses ligamenteuses sur la ligne médiane.

fixe le sommet (fig. 256). La même manœuvre est faite du côté opposé.

5^e temps. — Après s'être assuré que la traction sur ces anses amène le fond de l'utérus au contact de la paroi abdominale, le péritoine, les bords musculaires et les lèvres de l'aponévrose sont suturés au moyen d'un ou plusieurs surjets autant que possible à tous points passés. Ceci étant fait, les anses ligamenteuses sont ramenées sur la face antérieure de la paroi abdominale et suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane (fig. 237).

4. Fixation rétro-utérine. Procédé de Dartigues-Baldy.

— Cette très simple, très ingénieuse et très rapide opération consiste à soulever et à redresser l'utérus, en venant, par derrière lui, fixer l'un à l'autre les deux ligaments ronds attirés en anse, et passés par transfixion au-dessous des insertions tubaires, d'où le nom de *ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne* qui lui a été donné par Dartigues¹. Elle s'exécute de la manière suivante :

1^{er} temps : *Transfixion du ligament large*. — Elle s'exécute dans une zone avasculaire en se servant d'une pince hémostatique passée *au-dessous* de l'insertion tubaire et du ligament utéro-ovarien, *en dehors* de l'arcade artérielle. Une pince non offensante, l'*hystérolabe*, en tirant l'utérus, étale le ligament large et facilite les manœuvres.

2^e temps : *Plicature rétro-utérine du ligament rond*. — La pince hémostatique qui a transfixé le ligament large saisit un peu latéralement, à trois centimètres environ (fig. 258) de la corne utérine, le ligament rond revêtu de son repli péritonéal. En tirant alors la pince en arrière, on entraîne le ligament rond qui se coude et vient former une anse qu'on amène facilement derrière l'utérus (fig. 259) jusque sur la ligne médiane. La même manœuvre est répétée à gauche.

3^e temps : *Adossement et suture des ligaments*. — Les deux

(1) DARTIGUES et CARAVEN. Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. *Presse médicale*, 7 avril 1906, n° 28, p. 217.

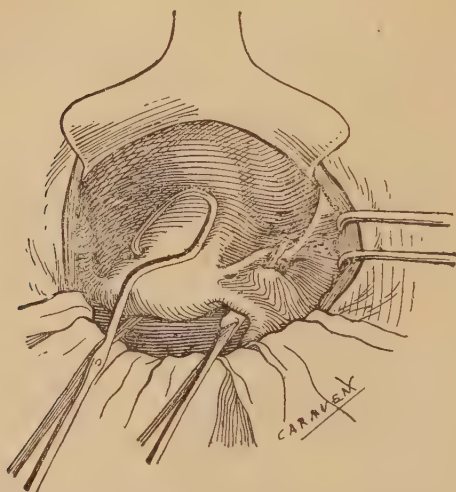


Fig. 258. — Fixation rétro-utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Transfixion du ligament large et prise du ligament rond droit. (Dartigues et Caraven.)

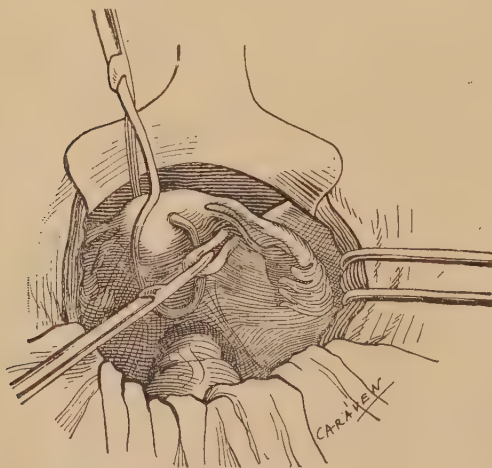


Fig. 259. — Fixation rétro-utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Plicature rétro-utérine du ligament rond droit. (Dartigues et Caraven.)

anses ainsi amenées au contact l'une de l'autre sont très facilement solidarisées au moyen d'une ligature qui les étreint

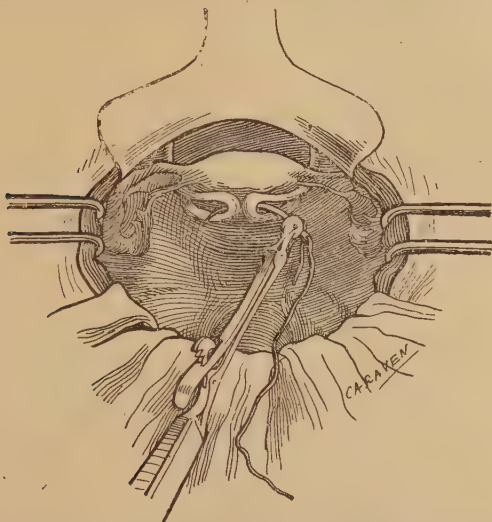


Fig. 24'. — Fixation rétro utérine des ligaments ronds. Procédé de Dartigues. Adossement et suture des anses ligamentaires. (Dartigues et Caraven.)

(fig. 240). L'utérus se trouve redressé par cette sangle et soutenu par le passage des ligaments sous l'insertion tubaire.

III. OPÉRATIONS QUI S'ADRESSENT AU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

Procédé de Marion.

Marion⁽¹⁾ a proposé une très ingénieuse et très excellente opération qui s'adresse à certaines formes un peu particulières de prolapsus dans lesquelles le périnée est solide, mais où il semble que la profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas favorise tant le prolapsus de la paroi vaginale que la descente de l'utérus et sa rétroflexion. Voici la technique de cette opération telle qu'elle a été imaginée et réglée par Marion :

(1) MARION, De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas dans le traitement de certains prolapsus. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1909, tome XIII, n° 3, 10 Juin 1909, p. 465.

La malade étant mise dans la position de Trendelenburg, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. On va à la recherche de l'utérus, qui est mobilisé et dont le fond est forte-

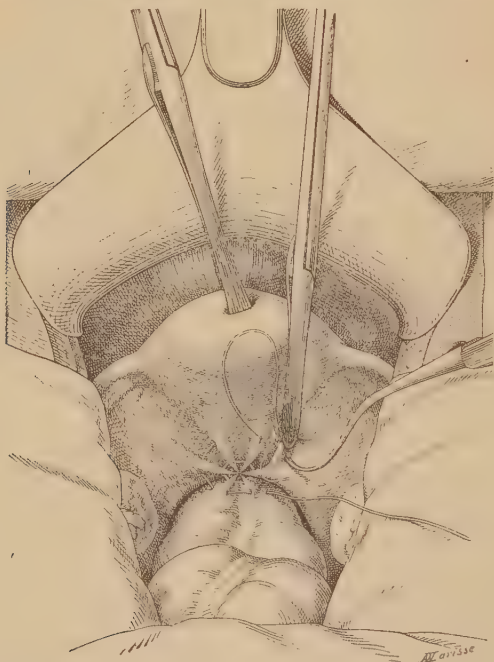


Fig. 241. — Oblitération du cul-de-sac de Douglas comme traitement du prolapsus de l'utérus. (Marion, *Revue de Gynécologie*, 1909.) Cette figure indique la manière de passer les fils. Une pince saisissant le péritoine y détermine le pli que doit traverser l'aiguille.

ment porté en avant, de manière à rendre complètement accessible la région du cul-de-sac de Douglas.

L'oblitération proprement dite de ce cul-de-sac est obtenue comme suit :

On commence par passer près du fond du Douglas un fil en bourse qui accole la face postérieure du vagin à la face antérieure du rectum et solidarise en même temps avec ces deux faces les parois latérales du cul-de-sac de Douglas. Ce premier fil est noué. Au-dessus de ce premier fil un second formant une anse concentrique, mais plus large, est placé d'une façon ana-

logie (fig. 241) : il est noué à son tour. Au-dessus de lui on en place un nouveau qui, cette fois, applique la face postérieure de l'utérus contre la face antérieure du rectum. On place ainsi, en général, quatre points, mais on se guide pour leur nombre sur la profondeur du cul-de-sac de Douglas étant donné qu'ils doivent être distants l'un de l'autre d'environ 2 centimètres et que, par leur superposition, ils doivent occuper l'espace qui s'étend depuis le fond du Douglas jusqu'à l'insertion des ligaments utéro-sacrés (fig. 242).



Fig. 242. — Oblitération du cul-de-sac de Douglas dans le traitement du prolapsus de l'utérus. (Marion, *Revue de Gynécologie*, 1909.) Schéma montrant le résultat de la fermeture du cul-de-sac de Douglas.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS ABDOMINALES CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS⁽¹⁾

Comparables aux interventions de même genre qui se pratiquent par la voie vaginale et qui ont été décrites dans la

(1) Consulter : Dartigues, *Thèse de Paris*, 1901, et Tuffier, De l'énucléation des fibromes utérins. N° 38 de l'*Oeuvre médico-chirurgicale*. Paris, Masson et Cie.

deuxième partie de ce précis, ces opérations sont différentes suivant qu'elles s'adressent à des fibromes pédiculés ou interstitiels : dans le premier cas, il s'agit d'une *polypectomie*, aussi simple que l'ablation d'un kyste de l'ovaire ; dans le second, on fait une *énucléation* abdominale.

I. POLYPECTOMIE ABDOMINALE

L'incision de la paroi n'offre rien de particulier. Dès que le ventre est ouvert, le chirurgien reconnaît le polype, ses connexions avec l'utérus ; s'il y a des adhérences de la tumeur aux viscères voisins, il les détache comme il a été dit plus haut ; quand le fibrome est libéré de partout, il le luxe entre les lèvres de l'incision pariétale, s'aidant au besoin d'une prise de tire-bouchon. Une grande compresse est ensuite glissée en arrière de la tumeur et le reste de l'opération, ligature et section du pédicule, va réellement se passer hors du ventre.

La ligature varie suivant les dimensions du pédicule :

α) *Pédicule mince*. — L'opération est, dans ce cas, absolument simple. Le pédicule ne doit jamais être lié par un nœud ordinaire appliqué directement ; pour être assuré contre toute chance de glissement du fil, il faut passer celui-ci avec une aiguille en plein milieu du pédicule ; on peut employer un fil double ; croiser les chefs et lier isolément chaque moitié, ou bien faire un nœud de meunier, comme dans la ligature habituelle d'un sac herniaire.

Puis, à 1 centimètre au-dessus de la ligature, on sectionne le pédicule en le creusant un peu s'il est gros ; on en touche, au besoin, la tranche avec le thermocautère et on enfouit la surface de section par quelques points séro-séreux.

β) *Pédicule épais*. — Il faut alors faire une véritable énucléation du fibrome au niveau de son pédicule ; l'hémostase préalable par des clamps ou une ligature élastique est inutile : l'hémostase définitive est réalisée par la suture des surfaces cruentées.

On fait donc une incision circulaire, entourant la base d'implantation du fibrome, mais assez loin de cette base pour que, après ablation de la tumeur, les lèvres de la plaie utérine puissent être amenées au contact et suturées. Puis, avec le doigt garni ou non d'une compresse de gaze, on détache

le pôle adhérent du fibrome jusqu'à libération complète.

On termine en suturant soigneusement au catgut les lèvres de l'incision utérine. Il faut s'assurer, avant de fermer le ventre, qu'il n'y a aucun suintement sanguin. Dans les cas douteux on pourrait, à l'exemple de Von Hacker et de Wölfler, fixer le pédicule à la paroi abdominale.

Si l'hémorragie est abondante, si le tissu utérin friable ne donne pas de prise aux fils, il vaudrait mieux, plutôt que de laisser des pinces à demeure, faire l'hystérectomie.

II. ÉNUCLÉATION ABDOMINALE DES FIBROMES INTERSTITIELS

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — Comme pour une hystérectomie.

2^e temps : Luxation de l'utérus hors du ventre, après libération des adhérences s'il y en a et garniture du champ opératoire au moyen des compresses.

3^e temps : Incision de l'utérus et énucléation des fibromes. — L'hémostase préventive par ligature élastique temporaire de l'utérus au-dessous de la tumeur (Martin, Doléris) est inutile.

Si le ou les fibromes font une saillie appréciable à la surface de l'utérus, faire une incision longitudinale suffisamment longue, sur le grand axe de chaque saillie.

Si le ou les fibromes sont tout à fait interstitiels et si l'on est simplement en présence d'un utérus volumineux, faire une incision médiane sur la paroi antérieure ou postérieure de l'organe, juste en son milieu, sans pénétrer jusqu'à la cavité utérine, et chercher les noyaux interstitiels à la faveur de cette incision.

En tout cas, chaque noyau découvert par incision de la capsule, sera saisi au moyen d'un tire-bouchon (fig. 243) ou d'une pince à crochets, et énucléé avec les doigts ou des ciseaux mousses. L'énucléation présente des difficultés très variables suivant les cas : certains fibromes sont entourés d'une zone de clivage parfaitement nette permettant de les isoler complètement de leur capsule rien qu'à la forme du décollement digital (fig. 244) ; d'autres font corps partout avec le reste du tissu utérin et n'en peuvent être séparés qu'en les sculptant artifi-

ciellement ; ces derniers nous paraissent relever exclusivement de l'hystérectomie.

La précaution essentielle à prendre dans cette énucléation

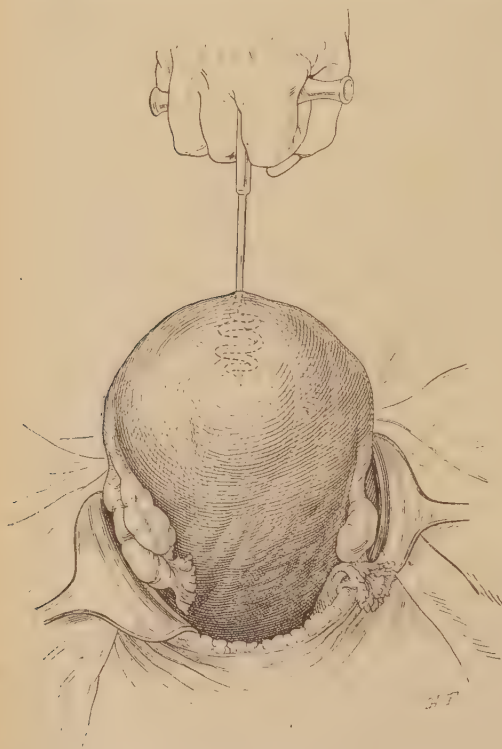


Fig. 243. — Myomectomie abdominale. Préhension d'un fibrome du fond de l'utérus au moyen du tire-bouchon. D'après Krönig et Döderlein.)

est de *rester toujours au contact intime du fibrome* pour éviter, autant que possible, d'ouvrir la cavité utérine. Dans l'ablation des fibromes de la corne utérine, on s'efforcera de même de respecter le segment interstitiel de la trompe.

Le noyau enlevé, on bourre de gaze stérilisée la cavité saignante laissée par son ablation et on passe à l'énucléation d'un fibrome voisin. On enlève ainsi

successivement tous les noyaux que fait reconnaître une palpation attentive (jusqu'à 5, 7 et plus).

4^e temps : Suture de l'utérus. — On vérifie alors, en faisant au besoin introduire un hystéromètre par un aide, l'intégrité de la muqueuse utérine, car la conduite à tenir diffère suivant que cette muqueuse est intacte ou non.

α) *Si la cavité utérine n'est pas ouverte, il n'y a aucune chance*



Fig. 244. — Myomectomie abdominale. Temps de l'énucléation.
(D'après Krönig et Döderlein.)

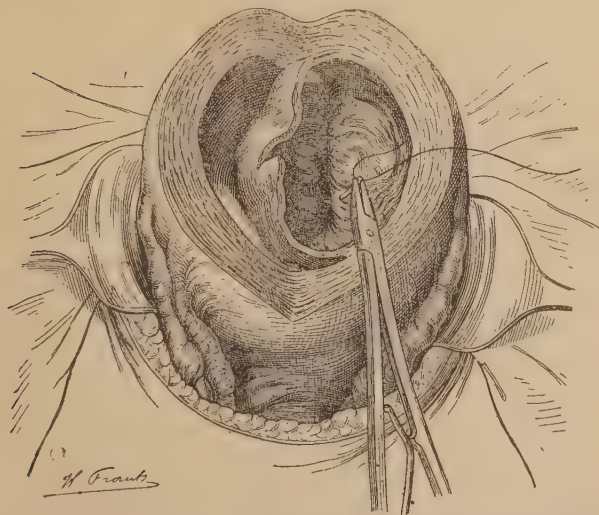


Fig. 245. — Myomectomie abdominale. Capitonage au catgut de la
loge laissée vide par l'énucléation. (D'après Krönig et Döderlein.)

d'infection et il faut fermer sans drainage. Après résection, s'il y a lieu, des lambeaux utérins faisant cloison entre deux loges d'énucléations voisines, on ferme ces loges par un véritable capitonnage (fig. 245) au catgut qui assure l'hémostase et, par-dessus, par un surjet péritonéal.

β) *Si la cavité utérine est ouverte*, on a le choix entre deux méthodes, suivant que l'on redoute plus ou moins une infection provenant de l'utérus. Les uns se contentent de suturer la brèche faite à la muqueuse, puis ferment les loges d'énucléation comme si de rien n'était.

D'autres, plus nombreux, drainent la cavité utérine et parfois même les grandes loges d'énucléation au moyen d'un tube ou d'une mèche traversant le col dilaté et débouchant dans le vagin. Par-dessus le drainage ils suturent les incisions faites à l'utérus.

5^e temps : *Fermeture de la paroi abdominale*, sans drainage.

CHAPITRE VI

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Grâce aux efforts de Terrier, de Pozzi et de Delagenière l'ablation de l'utérus par le ventre, avec ou sans conservation des annexes, a vu, dans ces dernières années, s'agrandir énormément son champ d'action aux dépens de l'ablation simple des annexes et de l'hystérectomie vaginale. Elle est, entre les mains de la plupart des chirurgiens actuels, l'opération gynécologique la plus pratiquée. On ne la discute plus comme traitement de choix dans toutes les salpingites bilatérales, dans presque tous, sinon tous, les fibromes : seule méthode rationnelle dans le cancer du corps de l'utérus, elle se dispute encore avec l'hystérectomie vaginale la thérapeutique du cancer du col.

Cette extension de ses indications, l'hystérectomie abdominale la doit aux très grands perfectionnements qu'a subis récemment sa technique : elle n'est devenue bénigne qu'en

devenant une opération faite au grand jour, grâce à la position de Trendelenburg et aux valves bien employées. Conduite d'une façon méthodique, terminée par une hémostase rigoureuse et par une reconstitution exacte du péritoine pelvien, elle donne d'excellents résultats.

Les procédés d'hystérectomie abdominale sont très nombreux. Les auteurs les ont multipliés à plaisir.

Néanmoins il reste quatre ou cinq grandes méthodes d'exérèse assez différentes dans leur exécution pour mériter des descriptions à part.

Les divers procédés d'hystérectomie abdominale diffèrent les uns des autres à trois points de vue : par l'étendue de l'exérèse utérine que l'on peut faire totale ou partielle, — par le point d'attaque de l'utérus, — par la manière de traiter les annexes.

a) *Étendue de l'exérèse.* — Elle permet de faire la distinction capitale en *hystérectomie totale*, dans laquelle l'utérus est enlevé en totalité après section circulaire du vagin, et *hystérectomie subtotal* ou *supravaginale*, dans laquelle l'utérus est coupé en travers au niveau de son col, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. C'est le procédé qu'emploie généralement Pozzi qui fut un des grands défenseurs de la voie abdominale.

L'hystérectomie totale a des indications de nécessité : elle ne se discute pas quand le col est profondément altéré et, à plus forte raison, s'il est suspect de dégénération maligne. Mais, en dehors de ces cas, beaucoup de chirurgiens préfèrent l'hystérectomie supravaginale, d'exécution plus aisée, surtout au point de vue de l'hémostase.

La technique des deux hystérectomies, totale ou subtotal, ne diffère que dans les derniers temps de l'opération. Pour le reste, elles sont très semblables et nous ne croyons pas devoir séparer ce chapitre de généralités en deux paragraphes concernant l'un l'hystérectomie totale, l'autre l'hystérectomie supravaginale : la plupart des procédés que nous décrivons sont en effet applicables à l'une et à l'autre.

b) *Point d'attaque de l'utérus.* — C'est d'ordinaire au niveau de sa partie supérieure, de son fond, qu'on saisit et qu'on commence à libérer l'utérus. poursuivant ensuite de haut en

bas, pour finir par le dégagement ou la section du col.

D'autres chirurgiens ont été droit à ce col, point fixe qui empêche d'élever et de mobiliser tout l'organe; ils l'ont découvert et saisi par l'incision du cul-de-sac postérieur, libéré en désinsérant circulairement le vagin et extirpé ainsi l'utérus de bas en haut. C'est ce qui caractérise le procédé de Doyen. La chose est facile quand le cul-de-sac de Douglas est libre, c'est-à-dire dans beaucoup de cas de fibromes; elle devient à peu près impossible quand ce cul-de-sac est effacé par des adhérences ou rempli par une tumeur, comme dans quelques fibromes et dans la plupart des salpingites.

On peut alors attaquer le col utérin par le cul-de-sac antérieur, vésico-utérin, presque toujours libre d'adhérences : c'est ce qu'ont proposé Richelot, Jonnesco, entre autres.

Tous ces procédés ne sont applicables qu'à l'hystérectomie totale, puisque tous ouvrent d'emblée le vagin pour aller saisir le col. On peut appliquer la méthode d'attaque première du col à l'hystérectomie supravaginale en faisant l'*hystérectomie par décollation* de J.-L. Faure : on va droit au col, on le tranche d'un coup de ciseaux et on enlève l'utérus de bas en haut, comme dans le procédé de Doyen.

c) *Traitement des annexes.* — Quand les annexes sont saines, on peut les enlever avec l'utérus ou les conserver. Il est toujours préférable de conserver au moins un ovaire sain, chez des femmes encore jeunes pour éviter les troubles dus à l'insuffisance ovarienne. Dans ces cas faciles, l'ablation des annexes ne présente rien de particulier : on coupe les ligaments larges à leur partie externe et on enlève, d'une seule pièce, utérus et annexes par les procédés ordinaires.

Il n'en va plus de même quand les annexes sont malades et ce sont les hystérectomies pour salpingites bilatérales qui sont les plus difficiles. C'est aussi pour elles qu'on a imaginé les procédés les plus nombreux. Suivant les circonstances, on enlèvera à la fois l'utérus et les trompes ou l'on extirpera successivement chaque organe. Dans les cas difficiles où l'on ne peut enlever le tout d'un seul bloc il y a avantage à *faire l'ablation première de l'utérus et à décortiquer les annexes de bas en haut.*

Plusieurs procédés modernes réalisent cette double indica-

tion. Le *procédé américain*, *hystérectomie par incision transverse* (Kelly), n'y arrive que par un côté : du côté où les annexes paraissent le plus abordables, on attaque le ligament large par son bord supérieur et on le sectionne de haut en bas, puis on coupe l'utérine du même côté, on tranche en travers le col ou le vagin et on fait basculer l'utérus; grâce à cette manœuvre, le ligament large et les annexes du côté difficile sont abordés par en bas et se déroulent pour ainsi dire en se détachant de la paroi pelvienne.

J.-L. Faure en imaginant, ainsi que Kelly, l'*hystérectomie par hémisection utérine*, a permis de traiter les deux côtés avec les avantages et les facilités que le procédé américain donne pour un seul. L'utérus étant fendu préalablement sur sa ligne médiane, avasculaire, chaque moitié est successivement saisie par une pince au niveau du col et extirpée, avec les annexes du même côté, de dedans en dehors et de bas en haut.

Un procédé que Terrier a préconisé dans les cas de salpingites très adhérentes arrive au même but d'une manière un peu différente. On fait l'ablation première de l'utérus; puis, profitant de la place laissée libre par la disparition de l'organe, la main va pénétrer au-dessous du pôle inférieur des poches tubaires et les décolle de bas en haut.

Nous venons d'indiquer les principales méthodes d'hystérectomie abdominale et les indications particulières auxquelles elles répondent. Nous allons maintenant étudier successivement l'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale.

A. — *Hystérectomie subtotale.*

Comme le fait remarquer Ricard⁽¹⁾ l'histoire de l'hystérectomie *subtotale* (Longuet) est de date absolument récente. Exécutée pour la première fois d'une façon réglée par Bassini en 1886 et employée deux ans plus tard par Hoffmeier, elle ne se généralisa en Amérique qu'en 1895 avec Kelly, dont le procédé que nous décrivons plus loin fut vulgarisé en France par Segond.

Dans sa forme la plus simple et la plus employée aujourd'hui

(1) RICARD. De l'hystérectomie abdominale totale. *Rapport au XIII^e Congrès de chirurgie* (1899).

l'hystérectomie subtotale fut chez nous préconisée dès l'origine par Pozzi et par Terrier qui, en publiant ses succès répétés aux Congrès de chirurgie de 1896, 1897, 1898, 1899, montra la valeur de cette opération et établit d'une manière définitive sa supériorité sur les opérations qui se pratiquent par voie vaginale.

I. Ablation simultanée de l'utérus et des annexes

1^{er} temps : Incision abdominale, de 12 centimètres au moins, proportionnelle au volume de la tumeur; on l'agrandira, au besoin, au cours de l'opération.

2^e temps : Libération de l'utérus. — Dès que le ventre est ouvert, le chirurgien explore rapidement l'excavation pelvienne, reconnaît le fond de l'utérus, les annexes, les adhérences, s'il y en a; c'est alors qu'il se décide à avoir recours à tel ou tel procédé.

Une valve sus-pubienne est mise en place pour bien éclairer

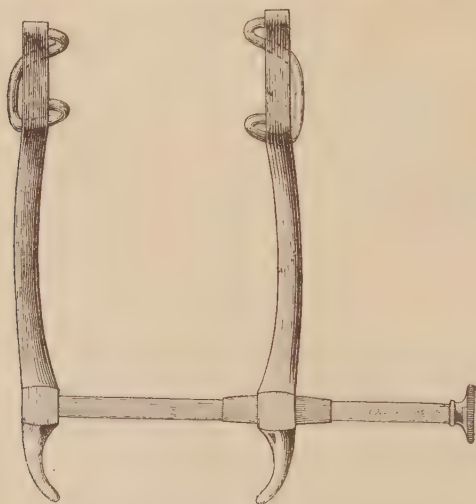


Fig. 246. — Écarteur automatique de Gosset.

le champ opératoire. La pose de deux écarteurs ou mieux d'un écarteur automatique (fig. 246) complète utilement son action.

Ricard en a imaginé un modèle à trois branches qui remplace à la fois la valve sus-pubienne et les écarteurs latéraux.

L'utérus est saisi au niveau de son fond par une pince à griffes (fig. 247), dans les cas ordinaires, au moyen d'un tire-

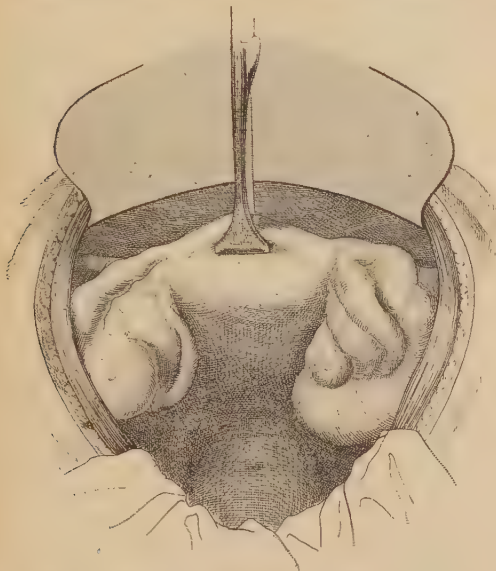


Fig. 247. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Prise de l'utérus. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

bouchon, s'ils s'agit d'un fibrome. On l'attire le plus haut possible et on s'efforce de le luxer entre les lèvres de l'incision abdominale; cette manœuvre est facile s'il n'y a pas d'adhérences; dans le cas contraire, il faut traiter ces adhérences comme il a été dit au chapitre I^{er}; il faut libérer complètement la face postérieure de l'utérus.

Ceci fait, on isole du champ opératoire l'intestin qui, sous l'influence de la position inclinée, est déjà retombé vers le diaphragme. Pour cela, on glisse en arrière de l'utérus une grande compresse qui est poussée jusqu'au contact de la paroi postérieure du bassin; deux autres compresses analogues sont introduites, à droite et à gauche, jusqu'à la paroi latérale. Ces trois compresses établissent une cloison étanche entre le bassin et le reste de l'abdomen; elles ne bougeront pas jusqu'à la fin de l'opération. Par-dessus, on étale un lit de petites compresses qui seront changées, au cours de l'intervention, à mesure qu'elles seront salies.

3^e temps : Hémostase et section des pédicules utéro-ovariens et

des ligaments ronds. — On la pratique successivement à droite et à gauche, en commençant par le côté qui paraît le plus accessible; en dehors des annexes, lorsqu'elles se laissent facilement isoler.

Le bord supérieur de chaque ligament large est tendu en inclinant légèrement l'utérus du côté opposé (fig. 248). On coupe les vaisseaux entre deux pinces. On commence par le pédicule utéro-ovarien.

On traite de même le ligament rond (Terrier) qui est coupé entre une pince en dehors, et une pince en dedans (fig. 249). Puis on répète ces manœuvres du côté opposé.

Le fond de l'utérus, libéré de ses attaches vas-

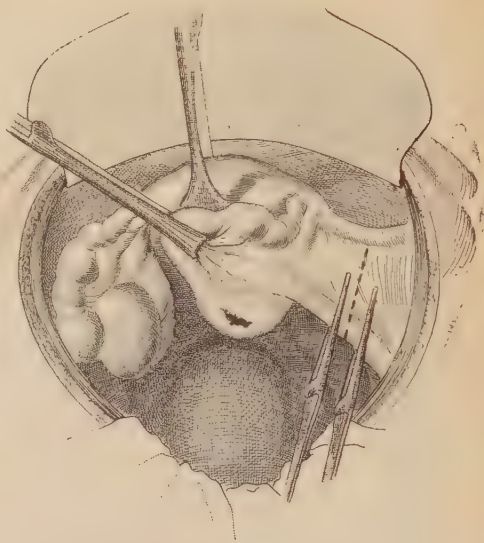


Fig. 248. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Section du pédicule utéro-ovarien droit. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

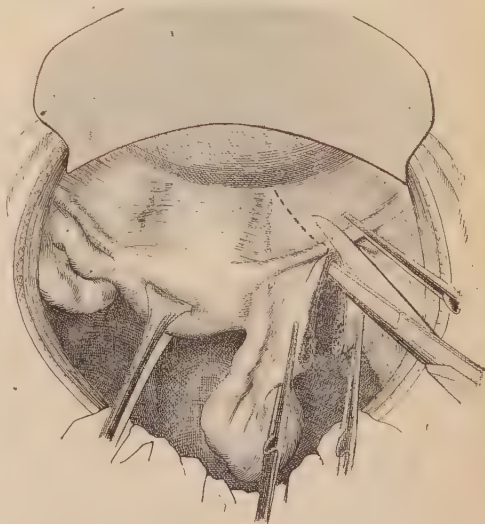


Fig. 249. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Section du ligament rond droit. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

culaires, s'élève sous la traction de l'aide (fig. 230). Un coup de ciseaux, de chaque côté sectionne la partie moyenne, avasculaire, du ligament large.

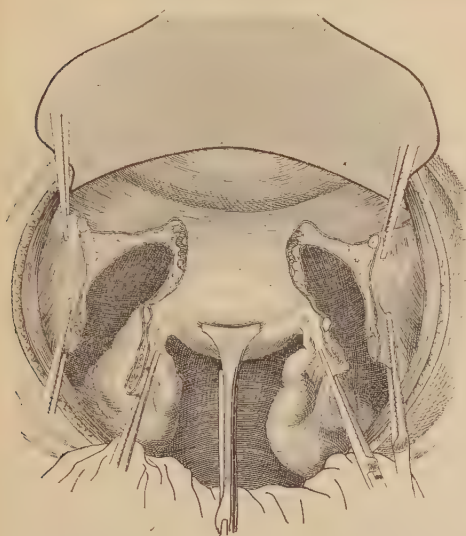


Fig. 230. — Hystérectomie subtotale. Ablation de l'utérus et des annexes. Le section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds est achevée. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

4^e temps : *Incision du péritoine pré-utérin et décollement de la vessie.* — Une incision légèrement courbe, concave en haut, n'intéressant que le péritoine, est conduite de l'extrémité de la section d'un ligament large à l'autre, au-devant de l'utérus; elle passe franchement sur l'utérus lui-

même, parallèlement à la ligne de réflexion du péritoine sur la vessie et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de cette ligne; on reconnaît facilement le fond du cul-de-sac vésico-utérin à son aspect blanchâtre: au besoin, si la vessie était déviée par un fibrome, on se repèrerait sur une sonde vésicale.

Le péritoine de la vessie et du cul-de-sac, presque toujours intact, est décollé de l'utérus avec le doigt revêtu d'une compresse; il faut pousser ce décollement jusqu'au vagin. Le lambeau péritonéal, repéré par une pince, et la vessie sont refoulés en avant. La face antérieure du col utérin apparaît dans toute son étendue.

5^e temps : *Hémostase et section des artères utérines.* — Sur les côtés du col ainsi dénudé, le plus bas possible, on cherche les artères utérines. Elles sont habituellement faciles à trouver: quand on ne les voit pas, on peut du moins les sentir battre. Une pince est mise sur chacune d'elles.

6^e temps : Section du col utérin. — Avec le bistouri, on coupe le col en travers, à 1 centimètre environ au-dessus de l'insertion du vagin (fig. 251) : l'exérèse utérine est achevée. Le moignon cervical est immédiatement saisi par une pince à griffes pour l'empêcher de fuir; une compresse est glissée derrière lui et la lame rougie du thermocautère enfoncée dans sa lumière pour détruire la muqueuse toujours suspecte.

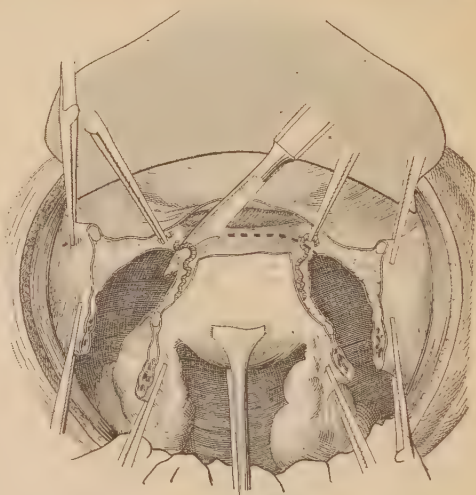


Fig. 251. — Hystérectomie subtotale. Section du col et des utérines. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

Il faut, autant que possible, faire la section du col en creusant; dans tous les cas, on la régularise aussitôt avec le bistouri, de façon à creuser le moignon en une cavité conique facile à fermer.

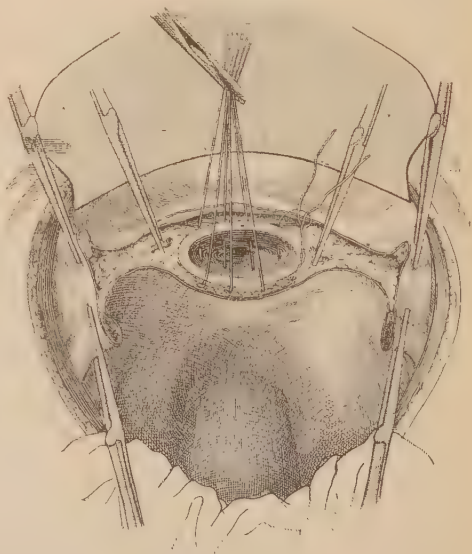


Fig. 252. — Hystérectomie subtotale. Suture du col utérin évidé. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

7^e temps : Suture du col utérin.
— On ferme im-

médiatement le moignon cervical par une suture au catgut (4 ou 5 points séparés ou un surjet) : l'aiguille courbe charge largement le tissu utérin (fig. 252). Cette suture a pour double but de fermer hermétiquement la cavité cervicale et de compléter l'hémostase des moignons.

Il faut que celle-ci soit parfaite ; si quelque point donnait encore, on le prendrait dans une ligature ou une suture

Ceci fait, l'hémostase vérifiée, on enlève la compresse placée derrière le moignon du col, on coupe les chefs des ligatures jusque-là conservés longs.

8^e temps : *Péritonisation*. — a) *Cas faciles*. — Lorsqu'il y avait peu ou point d'adhérences, « la surface à recouvrir revêt

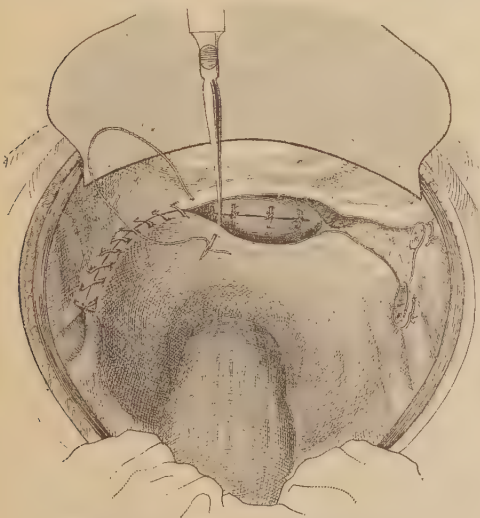


Fig. 255. — Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Technique de Terrier. (D'après Gosset.)

dans son ensemble l'aspect d'un croissant. Elle comprend une partie centrale ovale correspondant à la section du col et qui se prolonge à droite et à gauche par deux ailes correspondant à la base des ligaments larges. » (Judet.) Avec l'aiguille à pédale, qui est très commode pour cette suture, ou une simple aiguille

courbe de Reverdin, on commence, en se servant de catgut fin, un surjet qui débute au sommet du ligament large gauche en enfouissant les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens et du ligament rond ; plus bas, au niveau du moignon cervical, il rabat par-dessus lui et les artères utérines, le lambeau péritonéal antérieur qui est suturé au péritoine conservé

sur la lèvre postérieure du col (fig. 253); il continue enfin sur la tranche du ligament large droit et finit en enfouissant le pédicule ovarien et le ligament rond. « Si l'on a pris soin d'arrêter son surjet tous les quatre ou cinq points, l'on a une ligne de sutures des plus nettes, nullement froncée, et un petit bassin complètement et nettement restauré, recouvert partout de péritoine. »

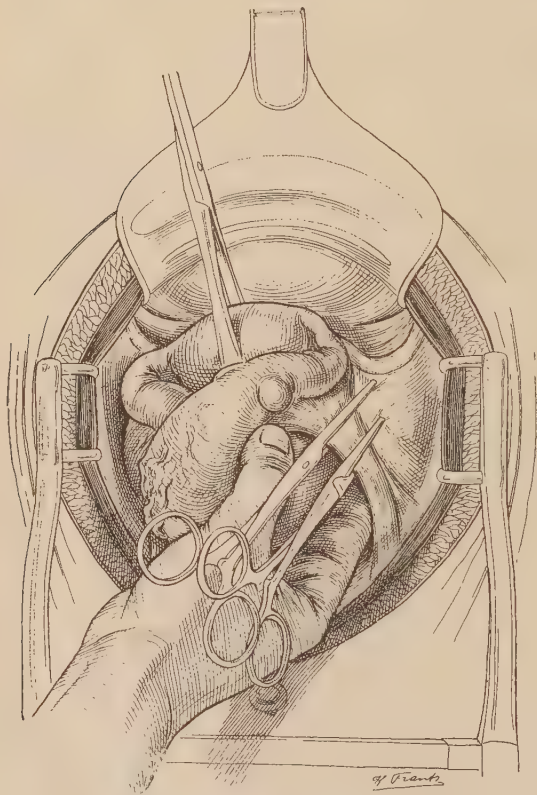


Fig. 254. — Décortication rétro-ligamentaire d'une volumineuse salpingite droite adhérente.

b) *Cas complexes.* — Lorsque le cul-de-sac de Douglas était occupé par des annexes malades et rempli d'adhérences, les délabrements sont bien plus considérables. Il a fallu en effet dégager une (fig. 254) et souvent deux (fig. 255) annexes volu-

mineuses prolabées et complètement adhérentes au Douglas et aux parois de l'excavation, si bien que par places une fois le dégagement des annexes terminées le revêtement séreux a complètement disparu. « L'opération terminée, le pelvis apparaît

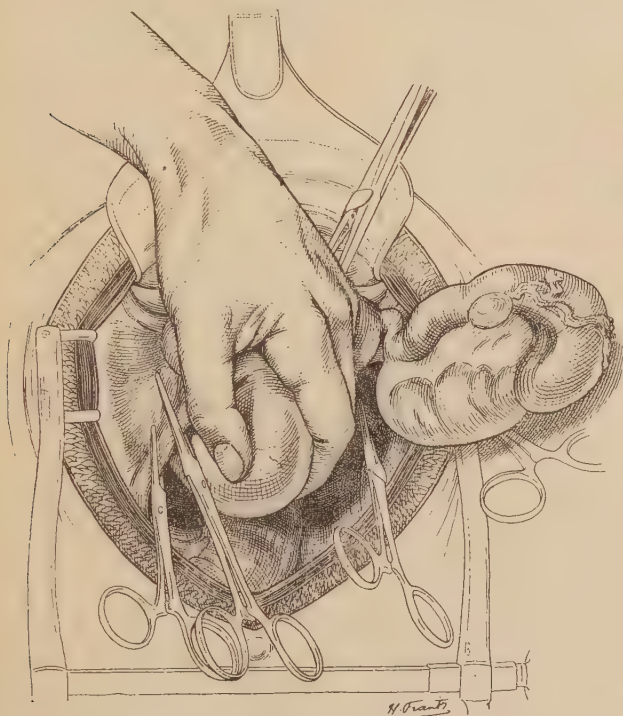


Fig. 255. — isolement des annexes gauches après énucléation préalable des droites. Dénudation étendue du petit bassin.

sous l'aspect d'une vaste excavation dénudée dont la surface irrégulière, tomenteuse, recouverte de débris et d'exsudats, suinte sur toute son étendue; le rectum se montre aminci, friable, dépouillé de séreuse, l'uretère et ses vaisseaux hypogastiques ont pu être mis à nu. » Il faut, dans de tels cas, suturer en surjet le lambeau péritonéal antérieur (vésical), toujours indemne, avec le péritoine du colon pelvien attiré en avant : on charge la séreuse et la musculature de l'intestin avec ses appendices épiploïques. « Il résulte de ce surjet vésico-sigmoïde un

effacement complet du cul-de-sac de Douglas. Le siège des lésions extirpées se trouve complètement séparé de la grande cavité péritonéale; il est pour ainsi dire extériorisé au-dessous d'elle : anse sigmoïde et vessie adossées forment une cloison complète. » (Judet.)

On doit, dans les cas de ce genre, drainer le fond du Douglas, au-dessous du péritoine reconstitué, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

9^e temps : *Suture de la paroi abdominale*. — Comme d'habitude, avec ou sans drainage suivant les indications. (Voir chapitre I^{er}.)

II. Hystérectomie subtotale par ablation première de l'utérus (procédé de Terrier).

Nous empruntons la description de ce procédé à l'excellente thèse de Delage (Paris, 1901), à laquelle nous renvoyons pour plus de détails.

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus*, comme dans le procédé précédent. Il suffit de dégager la face postérieure de l'utérus et, ceci obtenu, il est inutile de pousser plus avant la décortication des annexes qui sera laissée pour plus tard.

3^e temps : *Section des ligaments larges sur les bords de l'utérus*. — *Taille du lambeau péritonéal pré-utérin*. — *Recherche et hémostase des utérines*. — *Section supra-vaginale de l'utérus*. — *Traitement du moignon au thermocautère*. — « Tenant l'utérus bien attiré par la pince fixée sur son fond, on place sur l'étage supérieur du ligament large droit, tout contre le bord latéral de l'utérus, une pince de Kocher qui le tient sur toute sa longueur; on en place une seconde un peu en dehors d'elle et, entre les deux, on sectionne le ligament large (fig. 256).

« On procède de la même façon sur le flanc gauche de l'utérus dont tout le corps se trouve ainsi isolé des masses annexielles demeurées sur les flancs de la paroi pelvienne. Sur la face antérieure de l'utérus, en partant du point où se trouve l'ex-

trémité de la pince restée fixée au flanc gauche de l'utérus, on taille au bistouri, en allant de gauche à droite, un lambeau pré-utérin à convexité supérieure, l'incision venant s'arrêter au niveau de la pince qui se trouve sur le côté droit. »

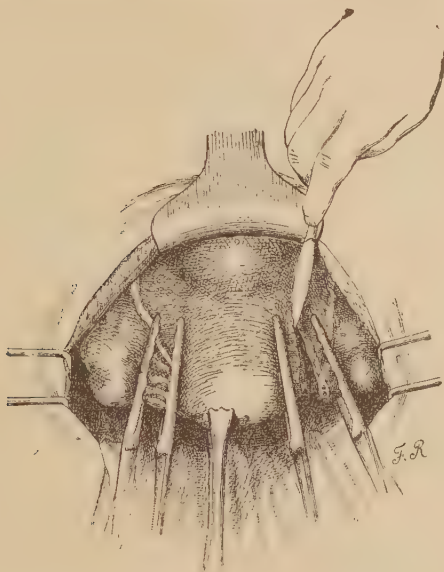


Fig. 256. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Procédé de Terrier. Section du ligament large droit. (Monod et Vanverts, d'après Delage.).

Comme dans le procédé précédemment décrit, on décolle le lambeau péritonéal et la vessie qui sont réclinés en avant, et l'on dénude la face antérieure du col jusqu'au vagin.

On cherche et on reconnaît, des deux côtés du col, les artères utérines (fig. 257) qui sont pincées. Enfin, on sectionne en travers le col, au-dessus de l'insertion vaginale, comme d'habitude; on cautérise la muqueuse du col d'un coup de thermo-cautère.

« L'utérus se trouve enlevé sans une goutte de sang et laisse, entre les deux masses annexielles, une large place où la main qui les enlèvera pourra évoluer à son aise. »

4^e temps : Ablation des annexes et des poches annexielles. — Après ponction des poches suppurées, si cela paraît utile, on décolle les annexes *de bas en haut* le long de la paroi et bientôt elles ne tiennent plus que par le ligament infundibulo-pelvien et par le ligament rond qui peut leur adhérer. Une pince sur chacun de ces ligaments assure l'hémostase de l'artère funiculaire et de l'artère utéro-ovarienne (fig. 257), et, par quelques coups de

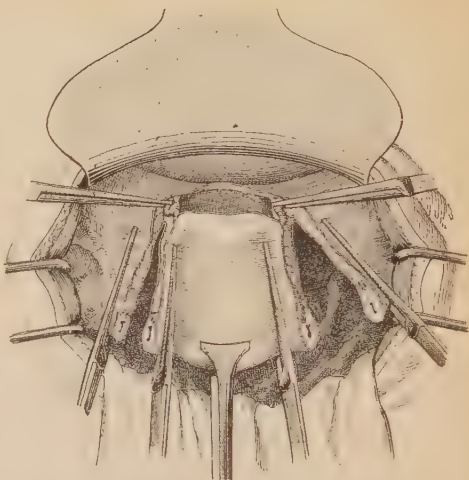


Fig. 257. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Procédé de Terrier. Isolation de l'utérus par section des ligaments larges. (D'après Delage.)

ciseaux le long de la paroi pelvienne; on détache les annexes malades.

« Le petit bassin se trouve alors complètement vidé de ses néoformations inflammatoires, et l'opération a été faite rapidement et toujours sans que l'on ait à craindre d'hémorragie. »

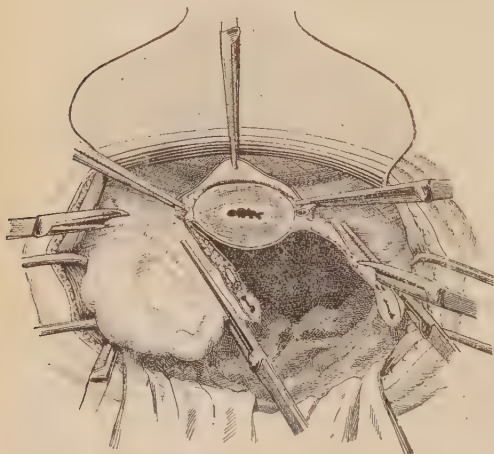


Fig. 258. — Hystérectomie subtotale pour suppuration pelvienne. Ablation première de l'utérus. Isolation des annexes du côté gauche. Procédé de Terrier. (D'après Delage.)

5^e temps : Hé-

mostase. — On remplace par des fils les six pinces qui ont été placées au cours de l'opération.

6^e, 7^e et 8^e temps : *Suture du col utérin*. — *Péritonisation*. *Suture de la paroi abdominale*. — Comme dans le procédé précédent.

Pozzi, dans le procédé usuel qu'il a décrit, fait également l'hystérectomie préalable avant d'enlever les annexes. Pour cela il place sur des ligaments larges des pinces clamps d'un modèle spécial, légèrement courbées sur le champ pour s'appliquer exactement contre l'utérus et garnies de petits piquants pour empêcher le dérapage.

III. Procédé américain.

Le procédé américain primitif est une hystérectomie supravaginale; nous empruntons à Kelly la plus grande partie de sa description. On commence par le côté où les annexes sont le plus facilement accessibles; nous supposons ici qu'on fait de gauche à droite. C'est une *hystérectomie par incision continue transverse*.

1^{er} et 2^e temps : *Incision abdominale et libération de l'utérus*, comme dans le procédé ordinaire.

3^e temps : *Ligature et section du pédicule ovarien et du ligament rond gauches*. — On commence par « chercher les vaisseaux de l'ovaire qui peuvent toujours être trouvés à l'extrémité externe du ligament large, en tirant à soi l'S iliaque.

« Une fois les vaisseaux utéro-ovariens isolés, ils seront pincés et liés du côté de l'utérus et de la paroi pelvienne, puis sectionnés entre ces deux ligatures.... La section doit passer assez loin du fil, au moins à 1 centimètre, pour ne pas courir le risque de le voir tomber du moignon qui est abandonné.... L'incision sera continuée suivant la direction oblique du ligament rond vers l'utérus. Le ligament rond, pincé tout près de l'utérus, sera sectionné à environ 2 centimètres, et l'on aura ainsi complètement détaché le sommet du ligament large. La trompe et l'ovaire adhérents peuvent alors être abordés de front

et libérés; on les séparera d'abord du ligament large en les prenant en bas sur le plancher pelvien. Tout d'abord on rompra leurs adhérences à la paroi pelvienne, et quand ceci sera fait, on les détachera de bas en haut. »

4^e temps : Incision du péritoine pré-utérin et décollement de la vessie. — Ce temps est le même que dans le procédé ordinaire : l'incision péritonéale, concave en haut, parallèle et sus-jacente au fond du cul-de-sac vésico-utérin, s'étend du ligament rond gauche au ligament rond droit. La vessie est refoulée en avant et la face antérieure du col découverte.

5^e temps : Ligature et section de l'artère utérine gauche. —

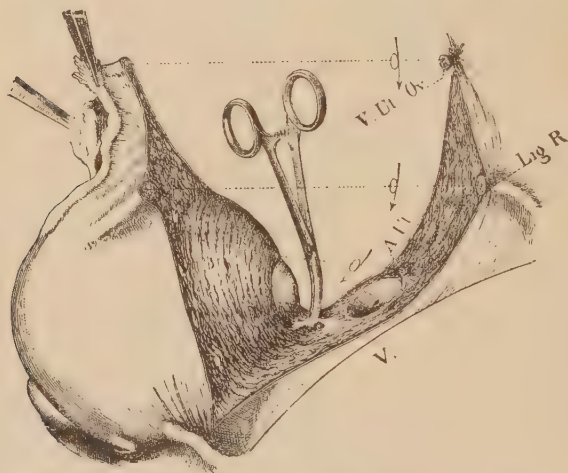


Fig. 259. — Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Après section du ligament large gauche et du col la bascule de l'utérus à droite met en évidence l'utérine qui est pincée. — V. Ut. Ov. Pédicule utéro-ovarien. — Lig. R. Ligament rond — A. Ut. Artère utérine gauche. — V. Vessie. (Monod et Vanverts, d'après Kelly.)

L'utérus est incliné vers la droite. Le col est « mis à nu sur une longueur de 3 centimètres, saisi entre le pouce et l'index par devant et en arrière; on repère son extrémité inférieure que l'on sent distinctement à travers le cul-de-sac du vagin et l'on sent les battements de l'artère utérine de la même façon sur les côtés. »

L'artère est chargée par une aiguille, très bas, près du col, d'avant en arrière; puis liée solidement.

6^e temps : *Section transversale du col de l'utérus*, avec le bistouri ou les ciseaux, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin ; thermocautérisation de la cavité cervicale (Kelly ne la fait pas et se contente d'essuyer le moignon avec de la gaze).

7^e temps : *Traction en haut et en dehors de l'utérus ; pincement des vaisseaux utérins droits au delà du moignon utérin, du ligament rond et des vaisseaux ovariens droits ; ablation de l'utérus*. — « Aussitôt que la section du col est achevée, les deux parties commencent à se séparer jusqu'à ce qu'un intervalle de 2 ou 5 centimètres existe entre elles, ou l'on voit les vaisseaux utérins droits. On les saisit (fig. 259) et on les coupe à 1 centimètre ou plus au-dessus du moignon cervical. On soulève l'utérus encore plus haut et plus loin (bascule de gauche à droite) jusqu'à ce qu'on ait coupé le ligament rond pincé près du fond.

« En dernier lieu, quand l'énucléation est complète, on pince et coupe les vaisseaux ovariens dans le ligament large, près de la paroi pelvienne. »

On remplace les trois pinces mises sur les vaisseaux du côté droit par des ligatures ; en liant l'utérine, Kelly recommande de ne pas pousser le nœud profondément en bas du côté du col, de peur de pincer l'uretère.

8^e, 9^e et 10^e temps : *Suture du col utérin*. — *Péritonisation*. — *Suture de la paroi abdominale*, comme dans le procédé ordinaire.

IV. Hystérectomie par décollation postérieure (Procédé J.-L. Faure).

J.-L. Faure décrit sous ce nom d'hystérectomie par décollation un ingénieux procédé d'hystérectomie subtotale par section première du col. La manœuvre qui le caractérise consiste en effet à sectionner de prime abord l'isthme utérin en l'attaquant par sa face postérieure, en utilisant comme Doyen l'excellente voie que fournit le cul-de-sac de Douglas lorsqu'il est libre

1^{er} et 2^e temps : Incision abdominale et bascule de l'utérus. — Une fois le ventre ouvert et les lèvres de l'incision largement écartées, l'utérus est attiré au dehors et renversé autant que possible sur le pubis, soit avec une pince, soit avec un tire-bouchon (c'est surtout aux fibromes que s'adresse en effet ce procédé). Ainsi exposé, le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible.

3^e temps : Section de l'isthme utérin.

— Entre la face postérieure du col et la face postérieure du corps utérin, au niveau du bord supérieur des ligaments utéro-sacrés, est une partie légèrement rétrécie et qui correspond à l'isthme: C'est à ce niveau qu'en deux ou trois coups de gros ciseaux courbes à pointes mousses

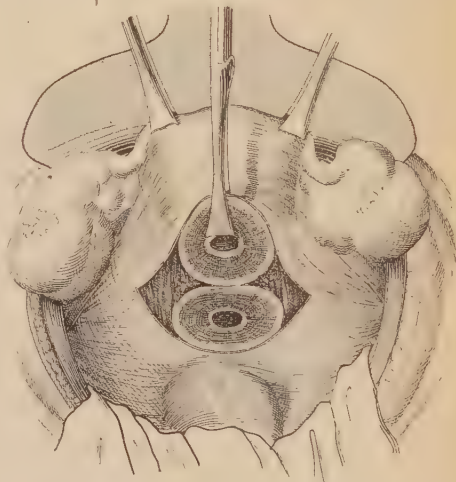


Fig. 260. — Hystérectomie subtotale par décollation. Procédé de J.-L. Faure. Après section de l'isthme, la tranche supérieure est attirée en haut. (D'après J.-L. Faure.)

on vient sectionner l'utérus. L'aide faisant bâiller l'incision utérine à mesure qu'elle s'approfondit, il est facile de n'intéresser que le tissu utérin. La vessie est d'autant plus à l'abri que la section aboutit habituellement en avant au niveau du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

4^e temps : Décollement des annexes de bas en haut et section des ligaments larges. — Lorsque la décollation se trouve ainsi complétée, une pince est mise sur la tranche de section supérieure (fig. 260) et l'attire en haut ⁽¹⁾, de façon à ouvrir le plus largement possible l'espace qui sépare les deux segments utérins. Deux doigts y pénètrent et viennent effondrer le feuillet

(1) Habituellement la section de l'utérus respecte les utérines. Si en était autrement on procéderait à leur hémostase.

postérieur du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Rien n'est plus simple alors que d'étaler et de soulever l'un des ligaments larges, le droit de préférence, et de le sectionner après avoir mis des pinces sur le pédicule utéro-ovarien, le ligament rond

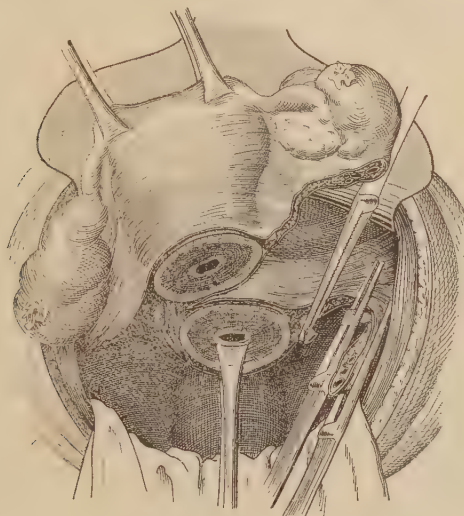


Fig. 261. — Hystérectomie subtotale par décollement. Procédé de J.-L. Faure. Section du ligament large droit et bascule latérale de l'utérus. (D'après J.-L. Faure.)

et l'artère utérine (fig. 261). L'utérus se laisse alors basculer à gauche et on termine comme dans le procédé américain.

V. Hystérectomie par décollation antérieure (Procédé de J.-L. Faure)

Le procédé d'hystérectomie par décollation antérieure, comme celui d'hystérectomie par décollation postérieure, a été imaginé par J.-L. Faure, mais sa technique a depuis été modifiée et très complètement réglée par de Martel⁽¹⁾ en 1909.

(1) DE MARTEL, Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollation antérieure. *La Presse Médicale*, 1^{er} septembre 1909, p. 617.

C'est cette technique que nous allons décrire en l'empruntant à l'article de de Martel.

La décollation antérieure, telle que nous allons l'exposer, est applicable à un grand nombre de cas, et en particulier à ceux de salpingites adhérentes. A l'encontre du procédé de décolla-

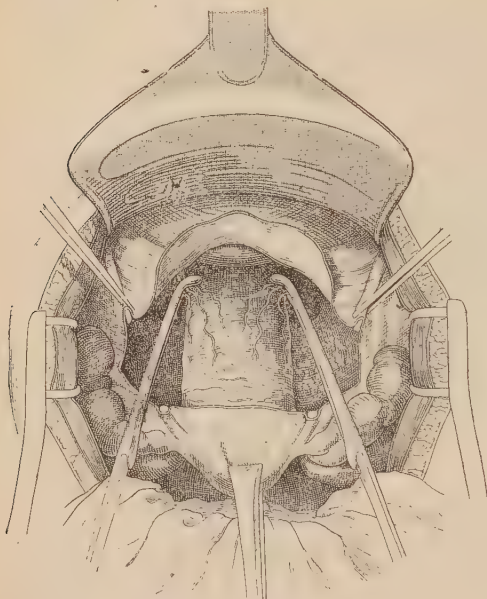


Fig. 262. — Hystérectomie par décollation antérieure (De Martel, *La Presse Médicale*, 1909.) Le feuillet postérieur du ligament large a été perforé dans sa partie tout à fait basse, là où le Douglas est presque toujours libre. Les pinces ont saisi l'utérus et les utérines à travers la brèche ainsi formée.

tion postérieure, qui est un procédé brillant mais surtout applicable aux cas faciles dans lesquels l'accès de la face postérieure de l'utérus est libre, la décollation antérieure demande simplement, pour s'exécuter, la liberté de la face antérieure de l'utérus qui est pour ainsi dire toujours respectée. Cela montre qu'il n'y a presque pas

de limite à ses indications, en matière d'hystérectomie pour salpingite. De Martel le décrit en six temps que voici :

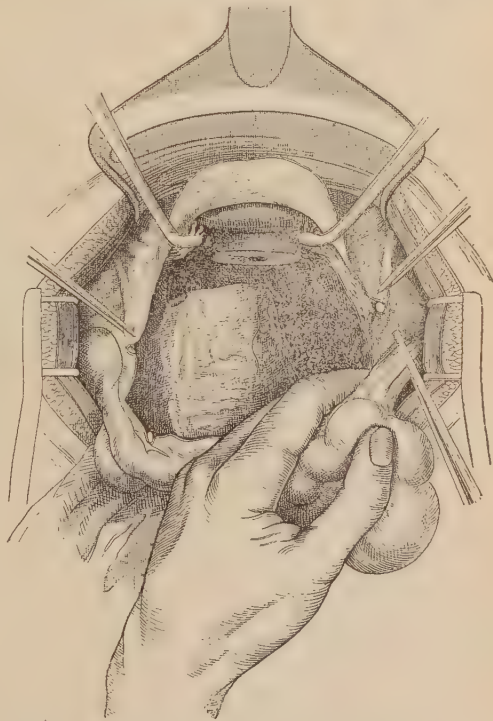
1^{er} Temps : pincement des ligaments ronds et section du pli péritonéal ainsi formé.

2^e Temps : section et décollement du feuillet péritonéal antérieur. Cette section va d'un ligament rond à l'autre et amorce le décollement péritonéal. Celui-ci, poursuivi soigneusement et profondément à la compresse, permet d'obtenir un

grand lambeau péritonéal antérieur, de décoller la vessie et de découvrir facilement les utérines sur les côtés.

3^e Temps : de chaque côté de l'utérus, immédiatement en dehors des utérines, on vient avec un instrument mousse perforer le feuillet postérieur des ligaments larges au point où doit porter la section de l'utérus;

mais cette manœuvre, qui facilite la préhension de l'utérine, n'est pas essentielle (de Martel), et on doit y renoncer dès qu'elle présente la moindre difficulté, ou que le Douglas n'est pas libre.



4^e Temps : pincement de l'utérine avec une pince courbée de chaque côté au ras même de l'utérus (fig. 262).

Fig. 265. — Hystérectomie par décollation antérieure. (De Martel, *La Presse Médicale*, 1909.) Les annexes droites, sorties du ventre, éloignées de la paroi, se sont naturellement pédiculisées, il ne reste qu'à les pincer et à les sectionner.

5^e Temps : on pratique alors la section du col de l'utérus. Pour cette section deux techniques ont été conseillées : la première, employée par de Martel, consiste à couper l'utérus aux ciseaux courbes, de gauche à droite, au-dessus des pinces qui tiennent les utérines. L'autre, recommandée tout récemment

par Bazy⁽¹⁾, consiste à sectionner le col directement d'avant en arrière. Par l'une ou l'autre méthode, dès que le col est entièrement sectionné, l'utérus s'élève sensiblement.

6^e Temps : Pour exagérer cette élévation, la pince qui fixe le fond l'utérus est tirée énergiquement et pendant ce temps l'index recourbé en crochet, soulevant la partie de ligament large qui limitait supérieurement l'orifice créé dans son foyer postérieur, agrandit cet orifice et vient pédiculiser les annexes par élongation et glissement sous-péritonéal de leur pédicule vasculaire (fig. 263). Section de ce pédicule. Même manœuvre du côté opposé. Fermeture du moignon du col et péritonisation comme à l'ordinaire.

B. — *Hystérectomie totale.*

I. Procédé courant.

Nous empruntons la majeure partie de sa description ainsi que son illustration à l'excellent article publié par Gosset⁽²⁾.

Les cinq premiers temps : l'incision de la paroi abdominale, la prise de l'utérus, le pincement des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds, leur section et la taille de la collerette péritonéale antérieure s'exécutent comme dans l'hystérectomie sub-totale, mais il faut avoir bien soin de sectionner ce péritoine du cul-de-sac antérieur (fig. 264), non pas au niveau de l'utérus mais au niveau du fond du cul-de-sac (Gosset), car c'est là que commence la zone décollable. Avec un instrument mousse, ou de préférence avec une compresse, on décolle alors la vessie de la face antérieure du vagin. La vessie se reconnaît à son épaisseur, sa coloration, sa striation transversale; la vagin à sa striation verticale.

6^e temps : *Pincement et section des artères utérines.* — Pour pincer les artères utérines dans l'hystérectomie totale, il faut

(1) Louis BAZY et E. CHAMBARD, Indications et résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure. *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1912, t. XIX, n° 3, p. 193.

(2) GOSSET. Technique de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour annexites suppurées. *Journal de Chirurgie*, t. III, 15 juillet 1909, p. 1.

bien se souvenir : « que le tronc de l'utérine se bifurque au niveau du col en une branche ascendante, l'utérine proprement dite et en branches descendantes : artères cervico-vaginales et vaginales supérieures » (Gosset). Pour assurer l'hémostase, il

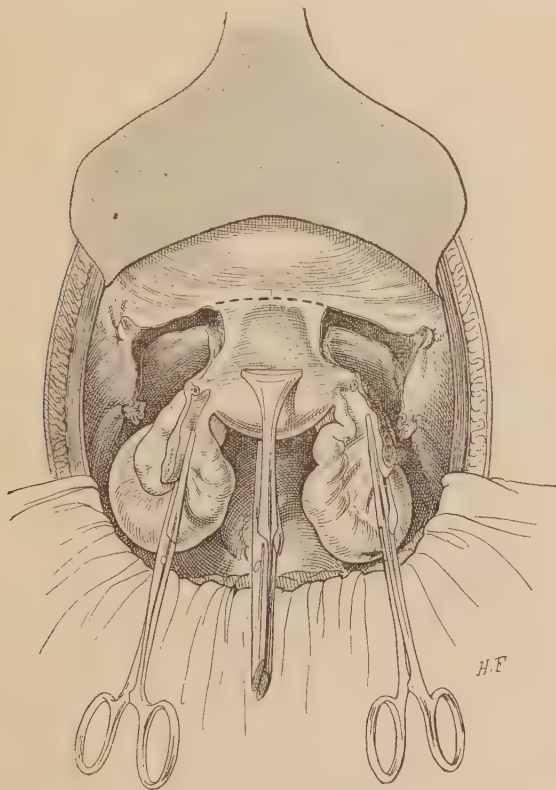


Fig. 234. — Hystérectomie totale. (Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1909.) On a sectionné et lié de chaque côté le ligament utéro-ovarien et le ligament rond. On va pratiquer le tracé de la collerette péritonéale.

convient donc de placer une pince de Kocher, non pas transversalement mais presque verticalement (fig. 265), de manière à assurer l'hémostase de toute la bifurcation utérine. Si la vessie est largement décollée au milieu et surtout sur les côtés, cette manière de faire est sans danger pour les uretères. Une fois

les pinces ainsi placées, on coupe en dedans d'elles, sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, ce qui permet une notable ascension du vagin.

7^e temps : Ouverture du vagin. — Il y a tout avantage à com-

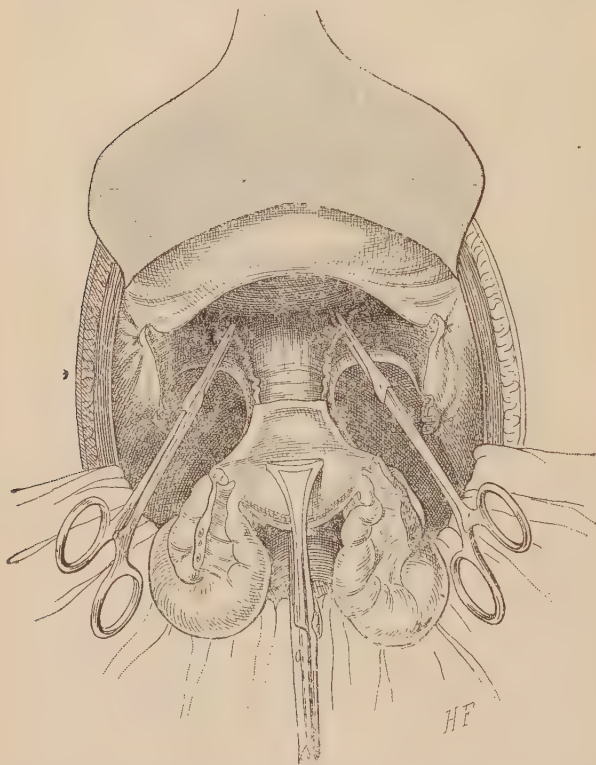


Fig. 265. — Hystérectomie totale. (Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1909.) Décollement de la vessie. Section des artères utérines. Remarquer la direction presque verticale des pinces mises sur les artères utérines.

mencer l'ouverture du vagin par le cul-de-sac antérieur, aussi bien au point de vue de la commodité que pour éviter la souillure du champ opératoire. Un coup de ciseaux transversal ayant réalisé cette ouverture, une pince vient en saisir la lèvre inférieure, tend ainsi la cavité vaginale (fig. 266) et permet d'y introduire facilement une mèche de gaze qui l'assèche et

empêche la souillure du champ opératoire. On termine alors aux ciseaux la section circulaire du vagin.

8^e temps : *Traitement de la plaie vaginale.* — Il varie suivant que l'on se décide à fermer le vagin ou à s'en servir pour drainer.

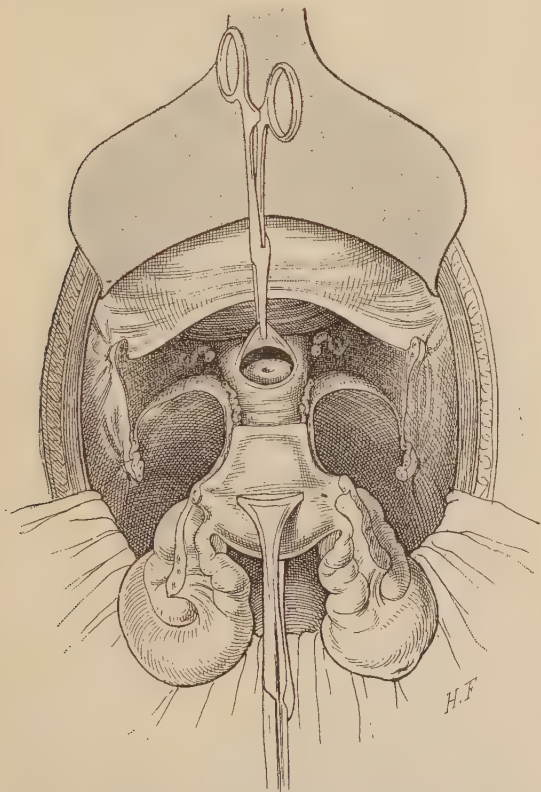


Fig. 266. — Hystérectomie totale. (Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1909.)
Ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin.

a. Fermeture du vagin sans drainage. — 1^o On commence par faire une hémostase soigneuse de la tranche vaginale; elle donne peu de sang, si la ligature de l'utérine porte bien sur le tronc; tous les points qui saignent sont pincés et liés; l'hémorragie en nappe sera arrêtée par la suture du vagin.

2° On réunit ensuite, par un surjet de catgut prenant toute l'épaisseur des parois vaginales, les bords de l'incision : l'orifice circulaire laissé par l'ablation de l'utérus fait place à une ligne de suture transversale et se trouve hermétiquement clos.

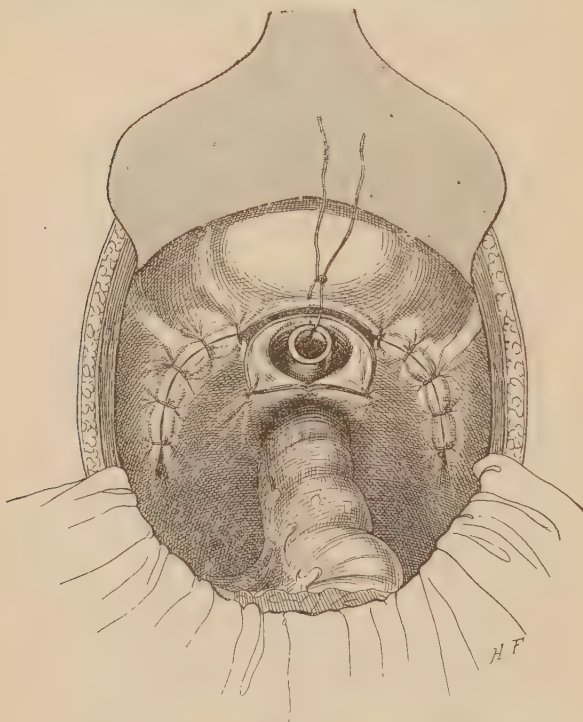


Fig. 267. — Hystérectomie totale. (Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1909.) Le vagin a été sectionné sur la ligne médiane postérieure jusqu'au fond du Douglas. Le drain est fixé par un catgut à la tranche vaginale antérieure. On a reconstitué, de chaque côté de l'ouverture vaginale, un plancher péritonéal, ce qui d'ailleurs n'est pas toujours possible.

3° Enfin, par-dessus le vagin suturé, on fait une péritonisation exacte, comme après l'hystérectomie supra-vaginale.

b. Établissement d'un drainage vaginal. — Ce drainage vaginal se fait au moyen d'une mèche ou d'un drain. Lorsque le Douglas est très profond il est nécessaire, pour que le drainage se fasse au point déclive, de sectionner (fig. 267) la face postérieure du vagin jusqu'au fond du Douglas (Gosset.). Pour

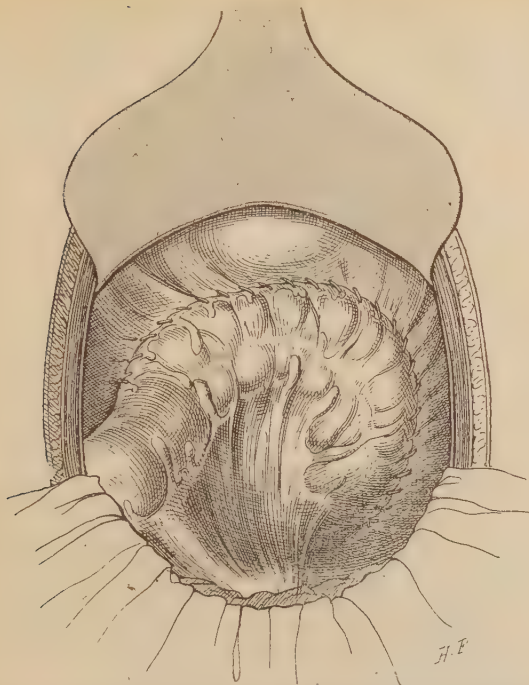


Fig. 268. — Hystérectomie totale. (Gosset, *Journal de Chirurgie*, 1909)
Surjet unissant l'S iliaque et le péritoine vésical.

que ce drainage ait toute son efficacité, il est bon de le compléter par une péritonisation autre réalisant un véritable cloisonnement du péritoine; cette péritonisation haute consiste à suturer l'S iliaque au péritoine vésical (fig. 268) de façon à exclure tout le petit bassin (fig. 269).

9^e temps : Suture de la paroi abdominale.



Fig. 269. — Drainage vaginal. Reconstitution du dôme péritonéal. (D'après Gosset.)

II. Procédé américain modifié (Segond).

Segond a montré que le procédé américain peut être transformé en hystérectomie totale, en conservant tous ses avantages.

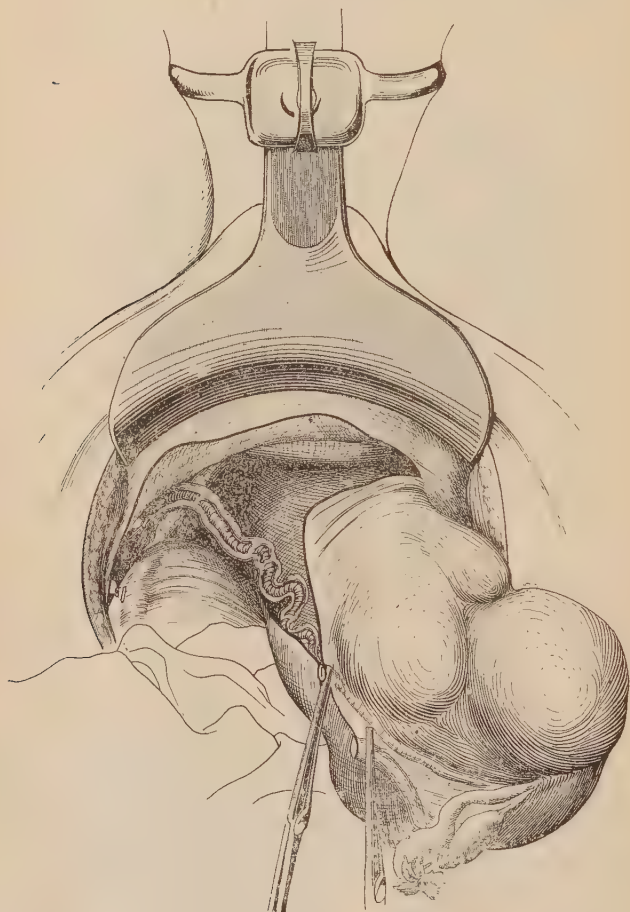


Fig. 270. — Hystérectomie abdominale totale. Méthode américaine modifiée. Procédé de Segond. Section du ligament large gauche. Mise à nu de l'utérine gauche. (D'après Segond.)

Les premiers temps (fig. 270), jusques et y compris la liga-

ture de l'utérine gauche, sont les mêmes que dans l'hystérectomie supra-vaginale.

Puis, au lieu de trancher le col, on poursuit le décollement des parties molles, au-dessous de l'artère, au ras de l'utérus;

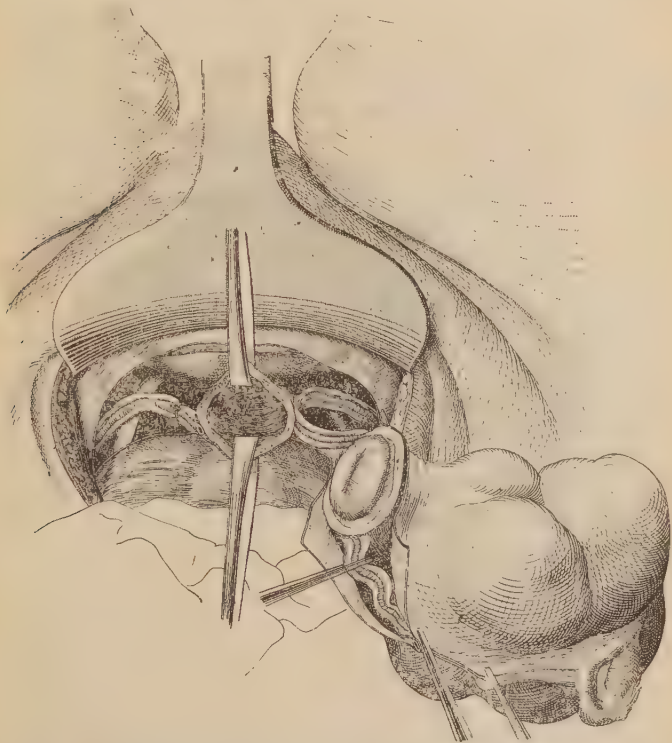


Fig. 271. — Hystérectomie abdominale totale. Méthode américaine modifiée. Procédé de Segond. Bascule de l'utérus après ouverture du vagin. Mise à nu de l'artère utérine droite. (D'après Segond.)

quelques coups de ciseaux ont vite fait d'ouvrir le vagin.

Par la brèche vaginale on introduit une pince à griffes qui va saisir le col et on l'amène à soi; on achève de désinsérer le vagin avec les ciseaux. Puis on bascule l'utérus à droite (fig. 271) et l'on termine comme dans l'hystérectomie supra-vaginale.

L'utérus enlevé, le chirurgien peut, à son choix, fermer le vagin par une suture ou le laisser ouvert et s'en servir pour drainer. (V. Procédé ordinaire.)

III. Hystérectomie abdominale par hémisection utérine (Procédé de J.-L. Faure).

1^{er} et 2^e temps : *Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus*, comme dans le procédé ordinaire.

3^e temps : *Hémisection utérine*. — « On saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane, et on attire le plus possible l'utérus vers le haut.

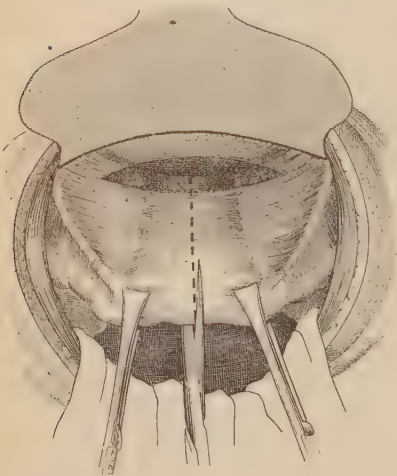


Fig. 272. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. Le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin est incisé transversalement et la vessie refoulée. Commencement de l'hémisection. (D'après J.-L. Faure.)

« D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin.

« Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane (fig. 272) de haut en bas, du fond vers le col. Si l'on a soin de se guider sur la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ci-

seaux jusque dans le vagin qui se trouve ouvert⁽¹⁾ en avant et en arrière sur la ligne médiane.

(1) Le procédé de J.-L. Faure permet également de faire l'opération subtotale. L'opération s'exécute exactement comme dans l'ablation totale, avec cette différence qu'il est inutile de sectionner dans un premier temps le cul-de-sac vésico-utérin. Arrivé au-dessus du col, au niveau de l'isthme, on tranche chaque moitié

« Dès le début de l'hémisection, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à 20 millimètres, j'ouvre à peine le fond de la cavité utérine. J'y introduis alors mon thermocautère⁽¹⁾ que j'insinue dans les cornes utérines et que j'enfonce tout entier dans la cavité, jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine. La muqueuse est ainsi complètement détruite au fer rouge, sur toute son étendue, dans toute son épaisseur, et il est évident que la cavité utérine se trouve dès lors stérilisée et aussi aseptique que peut l'être un organe quelconque. »

4^e temps : Extirpation de la moitié droite de l'utérus et des annexes droites. — « L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons (fig. 273) avec la plus grande netteté.

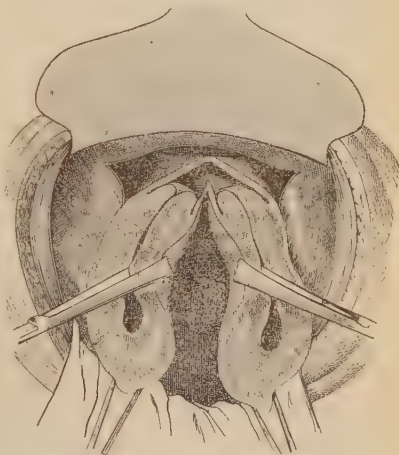


Fig. 273. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. L'utérus est divisé en deux moitiés. Le vagin est ouvert au niveau de ses culs-de-sac antérieur et postérieur. (D'après J.-L. Faure.)

« Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction qu'il ne faut pas craindre de faire énergique, la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En

utérine d'un coup de ciseaux donné transversalement de la cavité vers le bord. Rien n'est plus simple alors que de renverser le moignon utérin ainsi séparé du col et de profiter de l'espace qu'il laisse libre pour décortiquer les annexes correspondantes en les abordant par-dessous. » Cette hystérectomie subtotalaire par hémisection se rapproche absolument de celle que Kelly a imaginée quelques années après son premier procédé dit *procédé américain*, sans avoir encore connaissance de la technique de J.-L. Faure à qui appartient la priorité.

(1) On peut employer, dans ce but, le couteau ordinaire du thermocautère; Faure se sert d'une lame spéciale longue de 8 ou 10 centimètres, et épaisse de 5 ou 6 millimètres.

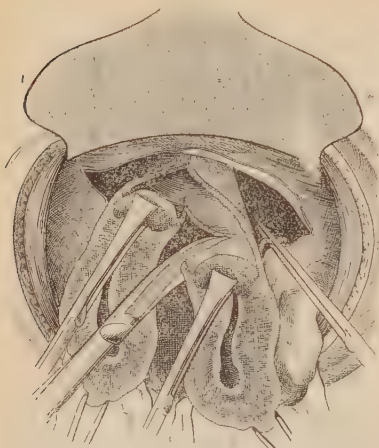


Fig. 274. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. Ablation de la moitié droite de l'utérus. (D'après J.-L. Faure.)

librement dans le fond du petit bassin, grâce à la brèche que donne l'hémisection de l'utérus.

On coupe alors le ligament rond près de la corne utérine et on n'a plus qu'à vaincre les adhérences des annexes avec les organes voisins. Lorsque les adhérences des annexes sont décortiquées et isolées, elles ne tiennent plus que par le pédicule

quelques coups de ciseaux courbes qui viennent l'aborder par sa face muqueuse, on sectionne la paroi vaginale (fig. 274). Le col se laisse alors attirer plus haut encore. L'artère utérine est alors sectionnée et pincée, si on ne l'a déjà fait, et en tirant toujours vers le haut sur la pince qui tient le col, on déroule pour ainsi dire l'utérus et on le renverse vers le haut en s'aidant de la main gauche qui manœuvre facilement et

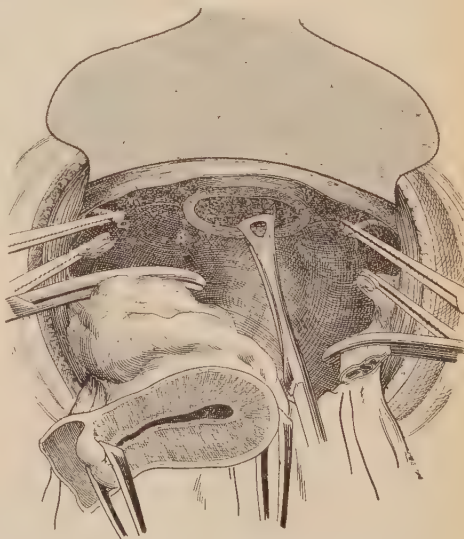


Fig. 275. — Hystérectomie abdominale totale par hémisection. Procédé de J.-L. Faure. Bascule de la moitié gauche de l'utérus après section de l'artère utérine et du ligament rond. Pincement du pédicule utéro-ovarien. (D'après J.-L. Faure.)

utéro-ovarien qu'on tranche d'un seul coup de ciseaux. »

5^e temps : Extirpation de la moitié gauche de l'utérus et des annexes gauches. — Elle se pratique (fig. 275) de la même façon qu'à droite.

Quand l'ablation de l'utérus et des annexes est terminée, on remplace par des ligatures les pinces qui ont été mises, au fur et à mesure de l'opération, sur l'utérine, l'utéro-ovarienne et le ligament rond.

6^e, 7^e et 8^e temps : Traitement du vagin. — Péritonisation. — *Suture de la paroi abdominale*, comme dans le procédé ordinaire.

IV. Hystérectomie abdominale par décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable (Procédé de Doyen).

Ce procédé, qui n'est guère applicable qu'aux fibromes et qui est d'une exécution très rapide, est toujours une hystérectomie totale; il se caractérise parce qu'on enlève l'utérus sans placer une pince, ni une ligature, ne s'occupant de l'hémostase qu'une fois l'ablation terminée.

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus. — Comme dans le procédé ordinaire. Il est indispensable de dégager complètement le cul-de-sac de Douglas.

3^e temps : Ouverture du cul-de-sac postérieur. — L'utérus, luxé hors du ventre, est renversé en avant sur le pubis; le Douglas est largement exposé.

Un aide introduit dans le vagin une longue pince courbe et la pousse à fond dans le cul-de-sac postérieur. Sur la saillie de cette pince, le chirurgien incise le vagin et l'instrument, vigoureusement poussé, pénètre dans le ventre.

Par la brèche vaginale qu'il vient de faire, le chirurgien va

saisir le col au moyen d'une forte pince à griffes ou de la pince



Fig. 276. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Perforation du cul-de-sac vaginal postérieur. Prise du col. (Doyen.)

à érigne glissante de Doyen, construite dans ce but spécial, et il attire le col dans le ventre (fig. 276).

4^e temps : Section circulaire du vagin et décollement de la vessie. — « L'index gauche sent les attaches latérales qui brident étroitement le col. Un coup de ciseaux les divise de chaque côté, au contact du tissu utérin. Aussitôt le col s'élève sous les tractions de la pince (fig. 277) qui l'attire vigoureusement en haut.

« Le cul-de-sac vaginal antérieur devient alors visible; il est, à son tour, sectionné au contact du col.

« Celui-ci étant toujours attiré énergiquement en arrière et en haut, l'index droit décolle de bas en haut la vessie et les uretères en avant et, sur le côté, les tractus cellulo-fibreux de

la base des ligaments larges. Le col est dès lors entière-



Fig. 277. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et élévation du col qui se détache de la vessie. (Doyen.)

ment détaché et l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges. »

5^e temps : Section des ligaments larges. — « A droite d'abord, l'index gauche perfore le péritoine vésico-utérin, glisse en se recourbant en crochet sous le ligament large, le décolle et le confie à l'aide qui le saisit entre le pouce et l'index. Il est aussitôt coupé au ras de l'utérus. Ce dernier est alors rapidement basculé vers la gauche (fig. 278). Il se dépouille, en se dévidant en quelque sorte, de son enveloppe séreuse antérieure (qui sera

coupée, si elle résiste), puis de ses connexions avec le ligament gauche. Il n'adhère bientôt plus qu'au bord supérieur de celui-ci. Un coup de ciseaux tranche cette dernière attache, que

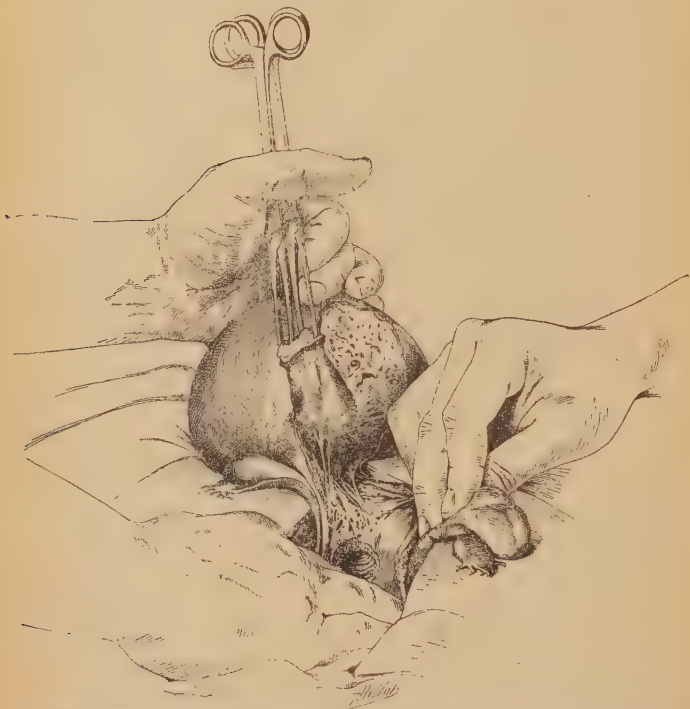


Fig. 278. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Le ligament large droit est détaché de l'utérus. Bascule de la tumeur vers la gauche. (Doyen.)

le chirurgien saisit entre les doigts avant de la sectionner ou aussitôt après. »

6^e temps : *Hémostase*. — Les vaisseaux qui saignent sont pincés, puis liés.

7^e, 8^e et 9^e temps : *Traitement du vagin*. — *Péritonisation*. — *Suture de la paroi abdominale*. — Comme dans le procédé ordinaire ; Doyen fait la péritonisation par une suture en bourse du péritoine (fig. 279) au-dessus de la suture vaginale.

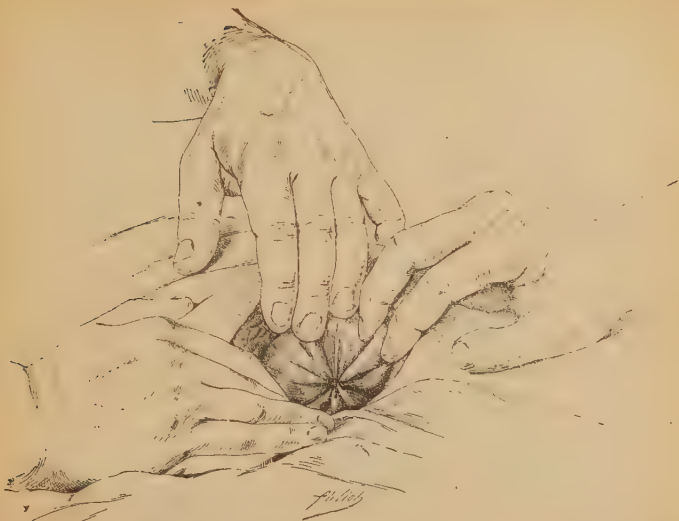


Fig. 279. — Hystérectomie abdominale totale. Procédé de Doyen. Fermeture en ombilic, par une suture en bourse, de la plaie péritonéo-vaginale. (Doyen.)

V. Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.

L'hystérectomie abdominale pour cancer ne comprenait au début que l'extirpation de l'utérus seul (opération de Freund). On la compléta successivement par l'ablation des annexes (Schroeder), du paramètre (Mackenrodt), l'enlèvement des ganglions suspects (Rumpf, Kelly), l'évidement méthodique du bassin (Ries), le grand évidement lombo-ilio-pelvien (Jonnescos). Ces opérations complexes sont encore trop discutées pour que j'aie à les décrire ici. Les seuls détails techniques, qu'on puisse signaler dans un *Précis*, sont ceux qui permettent de faire l'hystérectomie très large, *plus que totale*, telle que la font beaucoup d'opérateurs. J'insisterai en particulier sur la technique de l'opération telle qu'elle a été excellemment décrite par Lécène ⁽¹⁾.

Une telle manière de faire inspirée des méthodes de Peiser,

(1) LÉCÈNE. Remarque sur la Technique de la colpo-hystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus. *Journal de Chirurgie*, t. IV, 15 janvier 1910, p. 1.

de Wertheim, de Bumm et des premiers temps de l'opération de Jonnesco se caractérise par trois points qui la distinguent de la simple hystérectomie pour fibromes. Ce sont :

a) La ligature des utérines à leur naissance après dissection préalable ou même la ligature du tronc antérieur de l'hypogastrique (Polk). Ce temps entraîne naturellement la reconnaissance et l'isolement de l'uretère.

b) La ligature des vaisseaux utéro-ovariens à la partie la plus

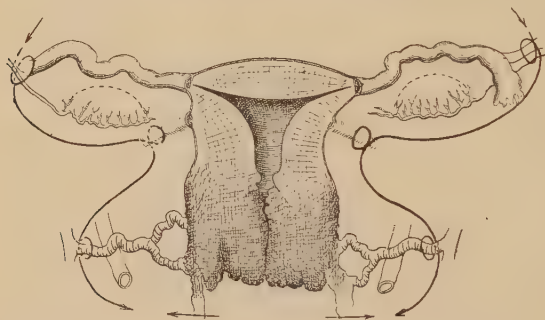


Fig. 280. — Schéma montrant les points où s'exécutent la section du ligament infundibulo-pelvien, du ligament rond, de l'artère utérine et du vagin dans l'hystérectomie pour cancer. (Kelly.)

externe des ligaments larges, permettant la large exérèse du paramètre.

c) L'isolement du vagin dans une grande étendue, suivi de sa section entre deux clamps, de façon à enlever le cancer en sac clos et à éviter toute inoculation au cours de l'opération.

Un schéma emprunté à Kelly (fig. 280) montre comment l'extirpation doit se faire dans ces conditions.

1^{er} et 2^e temps : Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus et des annexes. — Comme précédemment.

3^e temps : Hémostase et section des ligaments infundibulo-pelviens et des ligaments ronds. — La paroi abdominale ayant été incisée et le fond de l'utérus saisi avec une pince de Museux, on saisit les annexes d'un côté et l'on tend le ligament infundibulo-pelvien. Soit qu'on le saisisse entre deux pinces, soit qu'on pose tout de suite une ligature (Jonnesco), la section

doit porter très haut, le plus près possible des flancs du bassin, de façon à laisser la totalité du ligament large adhérent à l'utérus (fig. 281).

On incise alors le ligament large jusqu'au ligament rond et on

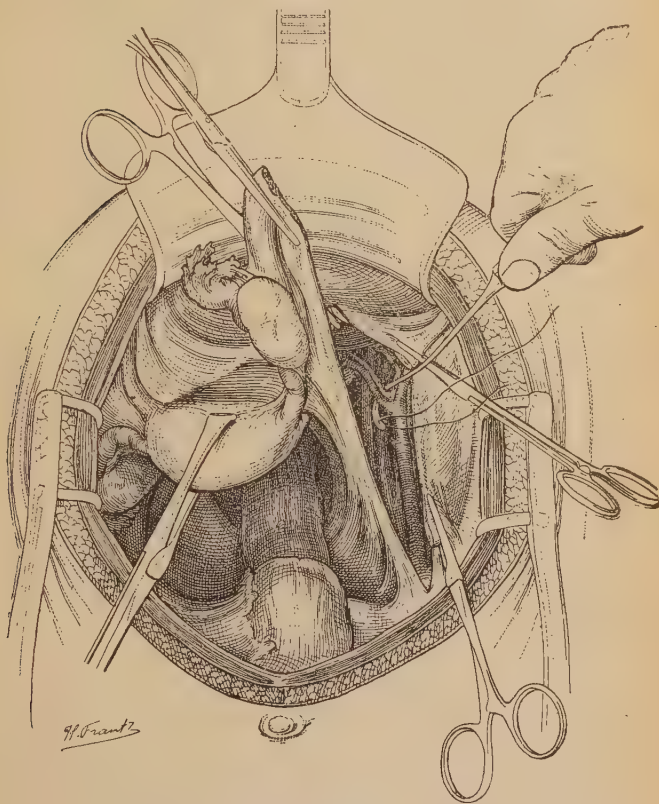


Fig. 281. — Hystérectomie totale pour cancer. Ligature de l'artère utérine à son origine après isolement de l'uretère.

sectionne celui-ci près de l'orifice interne du canal inguinal, aussi loin que possible de l'utérus.

4^e temps : Dissection des uretères. Ligature des utérines à leur origine. — On procède alors à la recherche et à l'isolement de l'uretère. On commence par le reconnaître à la partie

postérieure de l'incision péritonéale, puis on le suit d'arrière en avant, mais sans le disséquer de trop près, de façon à éviter son sphacèle ultérieur. Les difficultés commencent sur les côtés du col de l'utérus. Sans même qu'il y ait encore d'envahissement néoplasique vrai, la base du ligament large, épaissie par inflam-

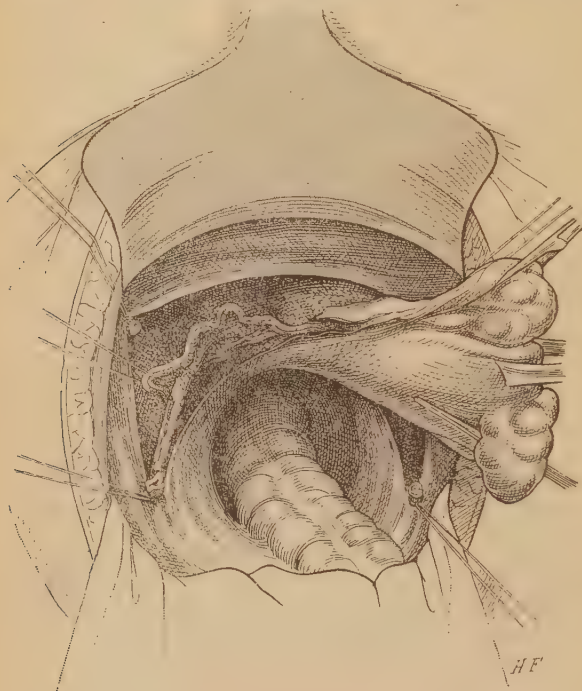


Fig. 282. — Hystérectomie totale pour cancer. (Lecène, *Journal de Chirurgie*, 1910.) Ligature de l'artère utérine en dehors de l'uretère, déjà bien mis à nu et libéré grâce à l'ouverture préalable du ligament large.

mation chronique, peut constituer une gangue résistante dans laquelle il faut sculpter l'uretère sans blesser l'artère utérine (Jonnesco). Lorsque le ligament large est tout à fait normal l'artère et l'uretère sont faciles à séparer. Après avoir effectué cette séparation on continue d'isoler l'artère utérine jusqu'à son origine. On pose alors une ligature à ce niveau (fig 282), puis l'artère est sectionnée une fois qu'on a pris la précaution de placer une pince de Kocher au ras de l'utérus (fig 285).

5^e temps : *Incision du cul-de-sac péritonéal antérieur. Décollement vésico-vaginal.* — Le pont péritonéal qui devant l'utérus unit les feuillets antérieurs des ligaments larges est incisé. Puis on décolle la vessie de l'utérus d'abord, de la paroi vaginale antérieure ensuite. Il faut poursuivre ce décollement suffi-

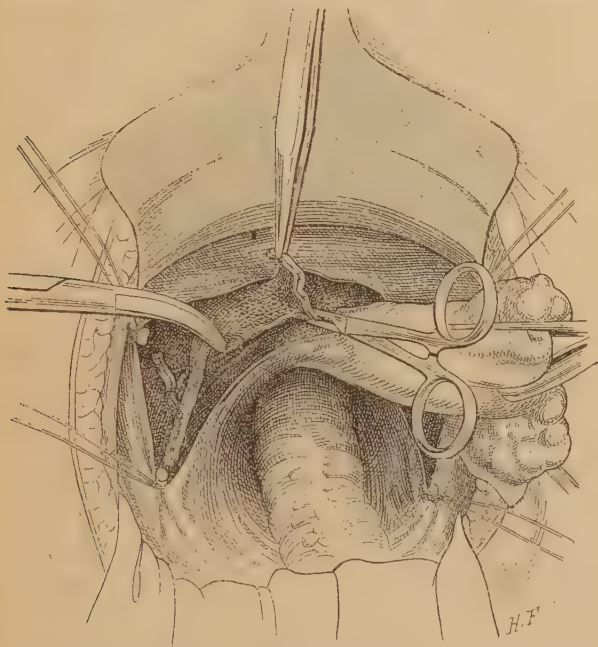


Fig. 285. — Hystérectomie totale pour cancer. (Lecène, *Journal de Chirurgie*, 1910.) L'artère utérine a été liée et sectionnée; une pince de Kocher, placée absolument au ras de l'utérus, empêche le reflux du sang veineux; l'uretère est isolé progressivement, mais pas de trop près, jusqu'à la vessie.

samment loin pour pouvoir plus tard placer facilement un clamp courbe dépassant largement les limites inférieures du cancer; mais, pense Jonnesco, il n'y a pas intérêt à le prolonger inutilement « parce qu'un décollement trop étendu des deux organes peut amener le sphacèle tardif de la paroi inférieure de la vessie ».

6^e temps : *Section des ligaments utéro-sacrés. Incision du cul-de-sac de Douglas. Décollement recto-vaginal. Amputation du*

vagin. — L'utérus, maintenant mobilisable, est attiré en haut et en avant et basculé sur le pubis. On sectionne alors le ligament utéro-sacré gauche (fig. 284), puis celui du côté droit, et immédiatement l'ascension utérine s'accroît notablement. On réunit ces deux incisions péritonéales latérales en sectionnant le péritoine du Douglas (fig. 285) aussi bas que possible et l'on ces-

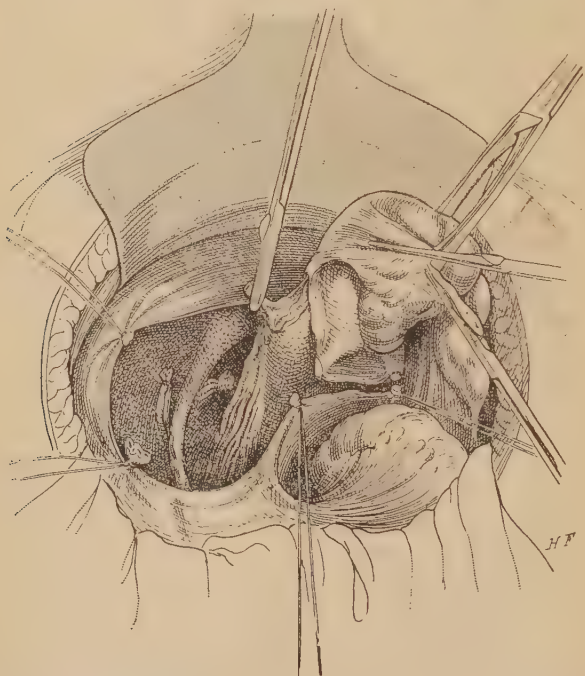


Fig. 284. — Hystérectomie totale pour cancer. (Lecène, *Journal de Chirurgie*, 1910.) La partie superficielle des ligaments utéro-sacrés a été chargée et liée; les fils laissés longs servent de tracteur; on voit l'épais repli conjonctivo-vasculaire sous-jacent : c'est la lame sacro-recto-génitale qu'il va falloir lier et couper.

tionne le ligament large gauche si cette manœuvre n'a pas encore été faite. Avant d'ouvrir le vagin on dédouble la cloison recto-vaginale aussi profondément qu'on a dédoublé en avant la cloison vésico-vaginale. On libère également le vagin sur les côtés « en séparant ses bords des flancs pelviens et cela en laissant du côté du vagin le plus de tissu cellulaire possible » (Jonnesco).

Quand cet isolement est terminé et qu'on estime avoir largement dépassé les limites du cancer, le vagin est saisi au moyen

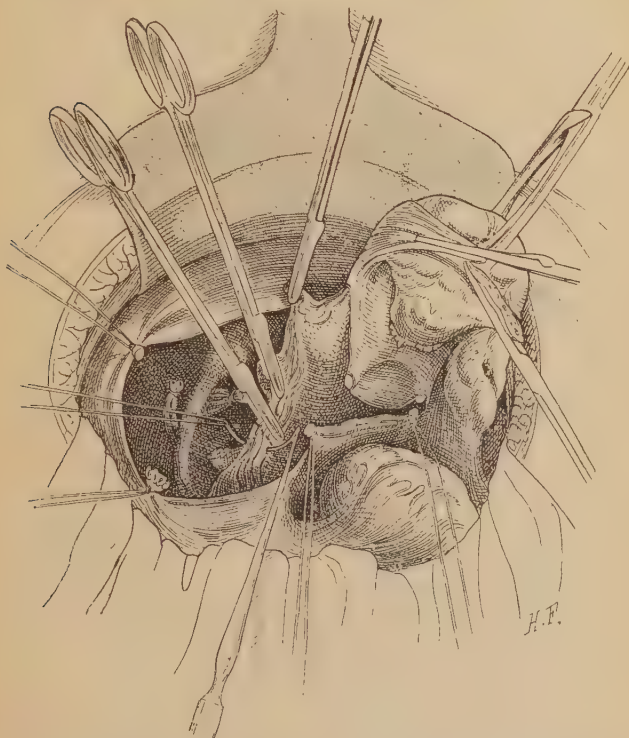


Fig. 285. — Hystérectomie totale pour cancer. (Lecène, *Journal de Chirurgie*, 1910. Ligature et section progressive de l'épaisse lame sacro-recto-génitale, qui contient des veines, des lymphatiques et des artères (artères vaginales propres et branches de l'hémorroïdale moyenne). Au fur et à mesure que cette section progressive s'accomplit, l'utérus et le vagin « montent ».

de clamps courbes et sectionné (fig. 286). Une fois la section achevée on enlève à la fois l'utérus et le vagin fermé par la pince supérieure, évitant ainsi toute possibilité d'inoculation⁽¹⁾.

(1) Après l'ablation de l'utérus, Jonnesco pratique l'évidementombo-ilio-pelvien. Cet évidement, basé sur les notions anatomiques les plus récentes (voir les recherches de Poirier, Cunéo et Marcille), comporte cinq temps qui sont :

- 1° La dissection des vaisseaux iliaques externes, du nerf obturateur, de l'artère ombilicale et de la fosse obturatrice ;
- 2° La dissection des vaisseaux hypogastriques ;

Le petit bassin étant bien protégé par un lit de compresses, on remplace par des ligatures les pinces mises sur les vaisseaux,

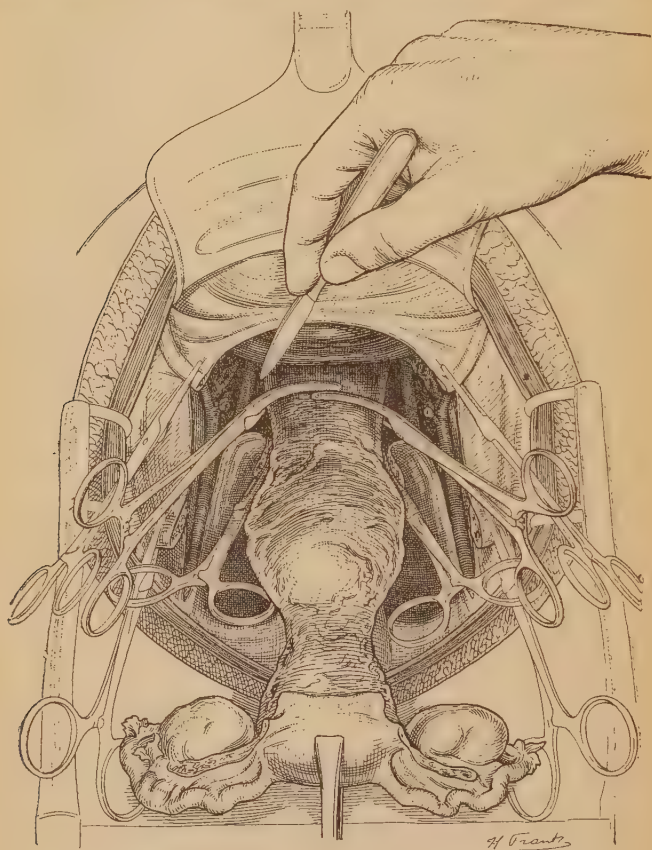


Fig. 286. — Hystérectomie totale pour cancer. Section du vagin.

on enlève la pince vaginale inférieure, on draine largement par le vagin, et le péritoine est reconstitué par-dessus la plaie opératoire suivant le mode classique de péritonisation et au besoin de la suture de l'S iliaque au péritoine vésical.

3° L'évidement de la fosse sacro-rectale ;

4° La dissection des vaisseaux iliaques primitifs, de l'aorte et de la veine cave,

5° Le curage de la fosse lombo-sacrée, si bien décrite par Marcille.

OPÉRATION CÉSARIENNE

Sous le nom d'opération césarienne on décrit une hystérotomie abdominale destinée à permettre l'extraction du fœtus dans les cas où son extraction par les voies naturelles est impossible. Exécutée tout d'abord immédiatement après la mort de la mère pour tâcher de sauver l'enfant, elle est devenue aujourd'hui une opération réglée qui dans nombre de cas assure la vie de la mère et celle de l'enfant. Dans certaines circonstances, en présence de phénomènes infectieux, de lésions de l'utérus, ou pour éviter une grossesse ultérieure, on fait suivre cette extraction d'une hystérectomie partielle (opération de Porro) ou totale.

Sans vouloir ni pouvoir entrer ici dans le détail de ces opérations pour l'étude desquelles je renvoie aux traités d'obstétrique, je me contenterai d'indiquer en deux mots la technique la plus souvent employée.

Opération césarienne. — L'opération césarienne proprement dite consiste à l'heure actuelle en une hystérotomie pure et simple suivie de suture totale. C'est une opération *conservatrice*, bonne pour les cas aseptiques. Ribemont-Dessaignes et Lepage, à qui nous empruntons la plupart des détails qui suivent, lui décrivent six temps.

1^{er} temps : Incision de la paroi abdominale. — L'incision de la paroi abdominale se pratique comme dans toute laparotomie; elle doit présenter un minimum de 17 centimètres de longueur (Budin) pour laisser passer la tête du fœtus (55 centimètres de circonférence) et s'arrêter à 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

Cette incision est suffisante lorsqu'on pratique la césarienne en laissant l'utérus *in situ*. Lorsque, suivant la pratique de Müller, on bascule l'utérus hors de l'abdomen avant de l'inciser, ce qui permet une meilleure protection du champ opératoire, il faut une incision bien plus étendue.

Le péritoine est ouvert suivant la technique habituelle et les lèvres de l'incision séreuse sont repérées avec des pinces. L'utérus apparaît immédiatement. On reconnaît sa situation, et

on corrige la légère déviation latérale qu'il présente souvent de façon à l'orienter suivant l'axe de l'incision abdominale. Le ventre est soigneusement garni de compresses et le champ opératoire bien circonscrit.

2^e temps : Incision de la paroi abdominale. — En se tenant exactement sur la ligne médiane on fait au bistouri une petite boutonnière à la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision abdominale (cinq centimètres au-dessus de la symphyse pubienne), respectant ainsi le segment inférieur. Le revêtement péritonéal et les couches musculaires superficielles sont incisées; les fibres profondes sont dissociées au doigt. On s'arme alors des ciseaux et, se guidant sur le doigt ainsi introduit, on sectionne la paroi utérine dans une étendue d'au moins 16 centimètres. Lorsque le placenta s'insère au niveau de la face antérieure, le doigt introduit dans l'utérus sent les cotylédons; il doit les traverser franchement et l'incision comprend alors la paroi utérine et le placenta, ce qui n'a pas d'inconvénient si l'on a soin de terminer rapidement.

3^e temps : Extraction du fœtus. — Dès que l'œuf est largement ouvert on va habituellement à la recherche d'un ou des deux pieds et l'on procède à une extraction par le siège. Si la tête dernière est retenue au niveau de la boutonnière utérine on procède à la manœuvre de Mauriceau. Avec une ouverture suffisamment large on n'a pas de difficultés. Le cordon ombilical est lié et sectionné.

4^e temps : Extraction de l'arrière-faix. — Après l'extraction de l'enfant l'utérus revient sur lui-même. Il est attiré hors du ventre et soigneusement bordé de compresses. D'ordinaire le placenta apparaît sous l'influence de la contraction utérine, qui le décolle. S'il ne se décollait pas on procéderait à ce décollement avec la main (fig. 287).

5^e temps : Suture de l'utérus. — L'hémorragie plus ou moins abondante jusqu'à ce que l'utérus soit revenu sur lui-même provient de la tranche utérine ou du décollement placentaire. Pour la modérer on a proposé de faire la compression de l'utérus le plus bas possible soit à la main, soit avec un lien de caoutchouc

ou une bande. En fait, la suture bien pratiquée est le meilleur des hémostatiques. Elle comporte sept à huit points profonds

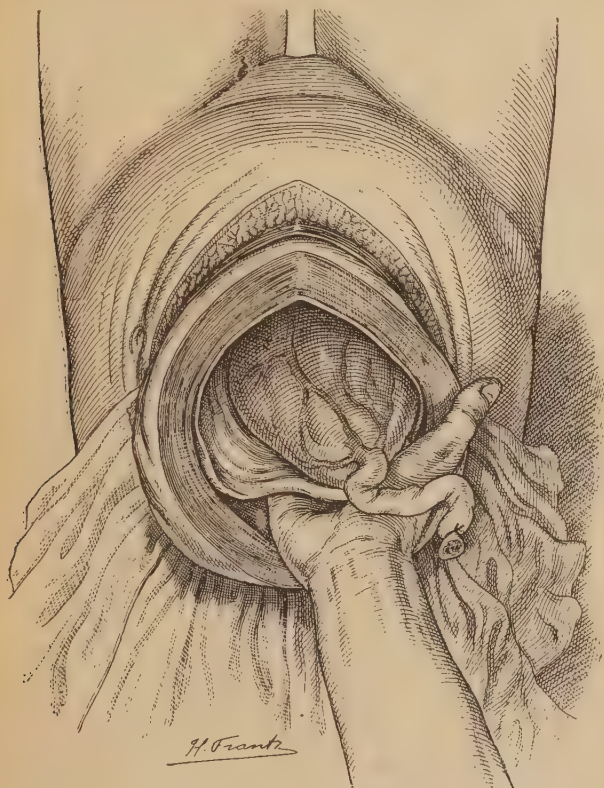


Fig. 287. — Opération césarienne. Décollement du placenta et des membranes.

(fig. 288) espacés de deux en deux centimètres, intéressant toute la paroi utérine (sauf la muqueuse qu'il est préférable de ne pas charger), et des points superficiels mis dans l'intervalle pour assurer un exact affrontement. Un tamponnement à la gaze est laissé dans l'utérus. L'extrémité des mèches sort par le vagin.

6^e temps : Suture de la paroi abdominale. — Comme après toute laparotomie. On la fait habituellement sans drainage,

l'opération césarienne conservatrice n'étant pratiquée que lorsque l'utérus n'est pas infecté.

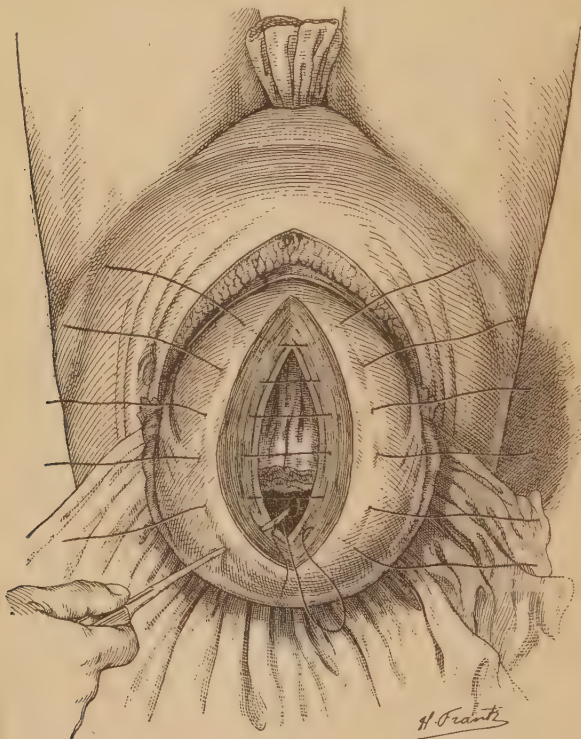


Fig. 288. — Opération césarienne. Suture de l'utérus.

Opération de Porro. — On désigne sous le nom d'opération de Porro une extraction abdominale du fœtus suivie de l'amputation de la plus grande partie de l'utérus et des annexes, suivant la technique ancienne de l'hystérectomie avec pédicule externe. Cette intervention, aux temps d'une asepsie douteuse, présentait, grâce à sa simplicité et à sa rapidité, d'immenses avantages sur la plupart des autres méthodes. Aujourd'hui il convient de lui opposer et de lui préférer souvent, quand l'exérèse de l'utérus est nécessaire, les méthodes modernes d'hystérectomie totale ou subtotale.

Les premiers temps de l'opération de Porro s'exécutent comme

ceux de la césarienne. Il faut pratiquer une incision abdominale très longue pour pouvoir opérer hors du ventre. Dès que le fœtus est extrait on soulève le plus possible l'utérus sans toucher au placenta. On applique très près du col un tube de caoutchouc auquel on fait faire deux tours qu'on serre progressivement et vigoureusement. On croise en avant les deux chefs du lien élastique et on les arrête avec une pince. Une ou deux broches transfixent l'utérus au-dessus du lien élastique. L'utérus est amputé avec les annexes et le moignon extériorisé est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Budin et Bonnaire ont signalé les perfectionnements introduits par Litzmann et Chobrak, qui permettent le traitement intrapéritonéal du moignon utérin restant, et il est probable que d'ici quelques années la technique de l'hystérectomie subtotale sera appliquée à l'opération de Porro. Déjà Segond a fait suivre avec succès l'opération césarienne d'une hystérectomie totale selon le procédé américain modifié.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CHIRURGIE DE LA VULVE, DU VAGIN ET DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER. — Périnéorrhaphies et colpoperinéorrhaphies . .	1
Méthodes opératoires générales	2
I. Périnéorrhaphies dans les ruptures incomplètes du périnée et le prolapsus génital	3
A. Méthode de l'avivement	3
B. Méthode du dédoublement	11
C. Myorrhaphie des releveurs de l'anus	17
II. Périnéorrhaphies dans les ruptures complètes du périnée . .	20
A. Méthode de l'avivement	20
B. Méthode du dédoublement. (Procédé de Lawson Tait modifié par Pozzi.)	25
III. Colporraphies antérieures	28
CHAPITRE II. — Traitement opératoire des fistules vésico-génitales.	34
I. Traitement des fistules vésico-vaginales	34
A. Voie vaginale	35
B. Voie sus-pubienne	43
I. Voie transvésicalé	43
II. Voie transpéritonéale	45
C. Voie ischio-rectale	49
D. Fermeture indirecte de la fistule vésico-vaginale : Colpo-cleisis	52
II. Traitement des fistules vésico-utérines	54
A. Traitement des fistules juxta-cervicales	54
B. Traitement des fistules intra-cervicales	56
PROUST,	19

CHAPITRE III. — Traitement opératoire des fistules recto-vaginales	58
A. Voie vaginale.	59
B. Voie périnéale	66
C. Voie mixte, vagino-périnéale. (Procédé de Legueu.)	72
D. Traitement opératoire des fistules recto-périnéales.	74
CHAPITRE IV. — Création d'une cavité vaginale dans le cas d'absence de vagin	77
A. Transplantation intestinale	77
B. Autoplastie périnéale	79

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES : VOIE VAGINALE

CHAPITRE I. — Curettage de l'utérus et colpotomie postérieure.	83
I. Curettage de l'utérus	83
Préparation de la malade	84
Technique opératoire	85
II. Colpotomie postérieure.	87
Technique opératoire.	88
CHAPITRE II. — Chirurgie du col de l'utérus.	95
I. Trachélorraphie.	93
II. Opération plastique portant sur le col de l'utérus.	94
A. Stomatoplastie (opération de Pozzi)	95
B. Opération de Dudley	99
III. Amputations intravaginales du col	102
A. Procédé de Schroder. (Amputation partielle à un seul lambeau.)	102
B. Procédé de Simon-Marckwald. (Amputation partielle cunéiforme à deux lambeaux)	107
IV. Amputation supravaginale du col	109
CHAPITRE III. — Opérations vaginales dans le traitement des déviations utérines	113
I. Cunéo hystérectomie vaginale antérieure	115
II. Redressement vaginal de l'utérus (procédé de Doyen)	115
III. Hystéropexie vaginale	118
Procédé de Le Dentu et Pichevin	118
CHAPITRE IV. — Opérations vaginales conservatrices dans le traitement des fibromes utérins	123
I. Ablation des polypes fibreux à évolution vaginale (polypectomie vaginale)	123
II. Myomectomies vaginales.	125

A. Énucléation des fibromes par hystérectomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale (procédé de P. Segond)	125
B. Énucléation des fibromes par hystérotomie vaginale médiane antérieure (procédé de Doyen)	150
CHAPITRE V. — L'hystérectomie vaginale	154
I. Technique générale	154
A. Procédé de Doyen (hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure)	157
B. Hystérectomie vaginale suivie de ligatures	144
C. Procédé de Muller-Quénu (hystérectomie vaginale par hémisection totale)	148
II. Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes	150
III. Hystérectomie vaginale pour fibromes	155
IV. Hystérectomie vaginale pour cancer utérin	155
V. Colpo-hystérectomie pour cancer	156
VI. Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin	162
VII. Colpectomie totale pour prolapsus de l'utérus	170
CHAPITRE VI. — Traitement opératoire de l'inversion utérine.	172
Colpo-hystérectomie postérieure (procédé de Duret)	173
Opération césarienne vaginale (opération de Dürhssen)	178

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES :
VOIE ABDOMINALE

CHAPITRE I. — Technique générale de la laparotomie pour lésions utéro-annexielles.	179
CHAPITRE II. — Ablation des annexes	203
I. Ablation des kystes de l'ovaire	203
II. Ablation des salpingites	208
Laparotomie dans les autres affections annexielles	211
CHAPITRE III. — Opérations conservatrices sur les annexes.	213
A. Résection partielle de l'ovaire	213
B. Salpingorraphie	215
C. Salpingostomie	216
D. Salpingoplastie	216
CHAPITRE IV. — Opérations abdominales dans le traitement des déviations utérines	217
I. Opérations s'adressant à l'utérus lui-même	217
A. Hystéropexie abdominale	217
B. Cunéo-hystérectomie antérieure	220

II. Opérations qui s'adressent aux ligaments ronds	220
A. Racourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander)	220
B. Racourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds	224
1. Plicature	224
2. Fixation à la paroi abdominale	225
3. Inclusion pariétale des ligaments ronds	227
4. Fixation rétro-utérine	229
III. Opérations qui s'adressent au cul-de-sac de Douglas	
Oblitération de cul-de-sac de Douglas	231
CHAPITRE V. — Opérations abdominales conservatrices dans le traitement des fibromes utérins	233
I. Polypectomie abdominale	234
II. Énucléation abdominale des fibromes interstitiels	235
CHAPITRE VI. — L'hystérectomie abdominale	238
A. Hystérectomie subtotale	241
I. Ablation simultanée de l'utérus et des annexes	242
II. Hystérectomie subtotale par ablation première de l'utérus (procédé de Terrier)	250
III. Procédé américain	255
IV. Hystérectomie par décollation postérieure (procédé de J.-L. Faure)	255
V. Hystérectomie par décollation antérieure (procédé de J.-L. Faure)	257
B. Hystérectomie totale	260
I. Procédé courant	260
II. Procédé américain modifié (Segond)	266
III. Hystérectomie par hémisection (procédé de J.-L. Faure)	268
IV. Hystérectomie par décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable (procédé de Doyen)	271
V. Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus	275
Opération césarienne	283

MASSON ET C^{IE}, EDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Extrait du Catalogue Médical

Vient de paraître :

Th. TUFFIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris.

ET

P. DESFOSSES

Chirurgien de l'Hôpital Britannique
de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

Petite Chirurgie pratique

CINQUIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Un volume in-8 de 714 pages avec 419 figures 20 fr. net

Extrait de la préface :

« Si notre livre a eu quelque succès, ce dont témoignent ses
« éditions successives et les traductions en allemand, en
« espagnol, en russe, qui en ont été faites, c'est précisément,
« on nous l'a dit, parce qu'il initie les médecins et les infirmière
« res à ces détails de petite pratique médico-chirurgicale que
« négligent les grands traités scientifiques.
« Fidèles aux enseignements de la guerre, cette grande éduca-
« trice, nous avons dans cette 5^e édition, remanié entièrement
« les chapitres qui ont trait aux pansements des plaies et au
« traitement des fractures, nous avons ajouté toutes les nou-
« velles techniques, telles que la transfusion du sang, qui sont
« passées du domaine de la grande chirurgie dans le domaine
« de la pratique courante. »

Pr. 857.

Majoration syndicale temporaire de
10 0/0 sur tous les prix de ce Catalogue

” COLLECTION HORIZON ”

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS
EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

*Il existe une édition anglaise de tous les volumes marqués par une**
(En vente, à Paris, chez MASSON et C^e, Éditeurs.)

VOLUMES EN VENTE

Accidents du Travail des ouvriers des usines et établissements de la guerre. — par VALLAT.

Les premières heures du Blessé de guerre. Du trou d'obus au poste de secours, — par P. BERTEIN et A. NIMIER.

L'Évolution de la Plaie de guerre. Mécanismes biologiques fondamentaux, par A. POLICARD.

Syphilis. Paludisme. Amibiase. Cures initiales et blanchiment, par P. RAVAUT. Préface du P^r F. WIDAL.

* **La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes**, — par H. VINCENT et L. MURATET. (*Deuxième édition.*)

Traitement des Psychonévroses de guerre, — par G. ROUSSY, J. BOISSEAU et M. d'ŒLSNITZ.

* **Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe** en Neurologie de guerre, — par J. BABINSKI et J. FROMENT.

Commotions et Émotions de guerre, — par André LÉRI.

* **Troubles mentaux de guerre**, — par Jean LÉPINE.

Blessures de la Moelle et de la Queue de cheval, — par les D^{rs} G. ROUSSY et J. LHERMITTE. Préface du P^r PIERRE MARIE.

* **Formes cliniques des Lésions des Nerfs**, — par M^{me} ATHANASSIO-BENISTY. Préface du P^r PIERRE MARIE. (*2^e édition.*)

* **Blessures du Cerveau.** Formes cliniques, — par CHARLES CHATELIN. Préface du P^r PIERRE MARIE. (*Deuxième édition.*)

* **Blessures du Crâne.** Traitement opératoire des plaies du Crâne, — par T. DE MARTEL. (*Deuxième édition revue.*)

* **Plaies de la Plèvre et du Poumon**, — par R. GRÉGOIRE et COURCOUX.

La Suspension dans le Traitement des Fractures. *Appareils Anglo-Américains*, — par P. DESFOSSÉS et CHARLES-ROBERT.

Gun-Shot Fractures of the Extremities, — by JOSEPH A. BLAKE. (Texte anglais.)

* **Traitement des Fractures**, — par R. LERICHE. (2 volumes):

TOME I. — *Fractures articulaires* (97 figures). (2^e édit.)

TOME II (et dernier). — *Fractures diaphysaires*. (Épuisé.)

* **Otites et Surdités de guerre.** *Diagnostic; Traitement; Expertises*, — par les D^{rs} H. BOURGEOIS et SOURDILLE.

* **Les Fractures de l'Orbite par Projectiles de guerre**, — par Félix LAGRANGE. (77 fig. dans le texte et 6 planches hors texte.)

* **Les Blessures de l'abdomen**, — par J. ABADIE (d'Oran), avec Préface du D^r J.-L. FAURE. (*Deuxième édition revue.*)

* **Localisation et extraction des projectiles**, — par OMBRÉDANNE et R. LEDOUX-LEBARD. (*Deuxième édition.*)

* **Électro-diagnostic de guerre.** *Clinique. Conseil de réforme. Technique et interprétation*, par A. ZIMMERN et P. PEROL.

D^r DUCROQUET

Chirurgien orthopédiste de l'Hôpital Rothschild.

Prothèse fonctionnelle

Un volume in-8 de 236 pages, avec 218 figures originales. . 5 fr.

IL ne suffit pas d'envoyer un ancien blessé de guerre chez l'orthopédiste pour qu'il y trouve l'appareil à sa convenance: le rôle du médecin est de le guider de ses conseils et d'adapter à sa situation physique l'instrument qui lui est nécessaire.

Ce livre servira de guide aux nombreux médecins qui seront consultés pour séquelles de guerre.

Leçons de Chirurgie de guerre

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE CL. REGAUD

Par MM. GUILLAIN, JEANBRAU, LECÈNE, LEMAITRE, LERICHE,
MAGITOT, MOCQUOT, NOGIER, OKINCZYC, PIOLLET, POLICARD
ROUX-BERGER TISSIER

Un volume grand in-8 de 396 p. avec fig. dans le texte. 9 fr.

Dr A. MARTIN

Prothèse du Membre Inférieur

Un volume de 112 pages avec figures dans le texte. 5 fr.

Paul ALQUIER

J. TANTON

Appareillage dans les Fractures de Guerre

1 vol. in-8 de 250 pages avec 182 figures 7 fr. 50

Henri HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale.

Les Plaies de guerre

Un volume gr. in-8 de 200 pages avec 58 figures 8 fr.

Dr G. VALOIS

Membre de la Société d'Ophthalmologie de Paris.

Les Borgnes de la guerre

1 vol. gr. in-8 de 224 p. avec fig. dans le texte et 25 planch. orig. 12 fr.

Félix LAGRANGE

Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre

1 vol. gr. in-8 de 188 pages et 100 planches 35 fr.

J. GARNAUD
Médecin-Major de 1^{re} classe

Guide de l'Expert aux Commissions de Réforme

PENSIONS MILITAIRES : *application de la loi*
du 31^{er} Mars 1919. — BARÈMES.

Un volume de 120 pages 6 fr.

Les médecins civils appelés à siéger dans les conseils de réforme à titre d'Experts et les médecins appelés en consultation pour donner aux anciens blessés de guerre les conseils d'ordre pratique que nécessite leur situation, trouveront dans ce mémento tout ce qu'ils doivent connaître de la Loi du 31 Mars 1919.

L'auteur, par sa situation officielle, a pu bénéficier d'une connaissance toute spéciale des textes, de leur interprétation, de la jurisprudence et de ses applications multiples.

A. MARTINET

Diagnostic Clinique

Examens et Symptômes

Un volume très richement illustré. Épuisé.

Deuxième édition pour paraître en Novembre 1919.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

F. JAUGEAS

Assistant de radiothérapie à l'Hôpital Saint-Antoine.

Précis de Radiodiagnostic

Technique et Clinique

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

Un vol. de 550 pages, 220 figures et 63 planches hors texte. . 20 fr.

L'ouvrage se vend relié au prix de 24 fr.

Cette édition n'est pas seulement *considérablement augmentée*; elle tient compte de la grande expérience de la guerre qui a affermi et étendu le domaine de la radiographie; elle comprend des remaniements importants.

H. PILON

Le Tube Coolidge

Ses Applications scientifiques médicales
et industrielles

Un volume in-8 de 86 pages avec 58 figures dans le texte. 4 fr. net.

D^r ARCELIN

Chef de service de Radiologie à l'Hôpital Saint-Joseph
et à l'Hôpital Saint-Luc.

L'Exploration radiologique des Voies Urinaires

1 vol. gr. in-8 de 175 pages avec figures et 6 planches hors texte. 6 fr.

COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux.

René GIROUX

Interne Pr. des Hôpitaux.

La Cocaïne

Étude d'Hygiène sociale et de Médecine légale

1 vol. in-8 de 228 pages 4 fr.

D^{rs} A. DOLÉRIS et J. BOUSCATEL

Néo-Malthusianisme Maternité et Féminisme Éducation sexuelle

1 volume in-8 de 262 pages 4 fr. 50

D^r Francis HECKEL

La Névrose d'Angoisse

et les Etats d'émotivité anxieuse

1 vol. gr. in-8 de 535 pages 9 fr.

D^{rs} DEVAUX et LOGRE

Les Anxieux (Étude clinique)

1 vol. in-8 de 256 pages 4 fr. 50

A. POROT

Anc. Chef de Clin. à la Faculté de Lyon.

A. HESNARD

Anc. Assis. de Psychiatrie à l'Univ. de Bordeaux.

L'Expertise Mentale Militaire

1 vol. in-8 écu de 138 pages 4 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

BALTHAZARD, CESTAN, CLAUDE,
MACAIGNE, NICOLAS, VERGER

Professeurs agrégés des Facultés de Médecine

Avec préface du Professeur BOUCHARD.

Précis de Pathologie interne

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

TOME I. — **Maladies infectieuses** (Nicolas). — **Intoxication** (Balthazard), 896 pages, 55 figures.

TOME II. — **Nutrition, Sang** (Balthazard). — **Cœur, Poumons** (Macaigne), 830 pages, 37 figures.

TOME III. — **Tube digestif, Péritoine, Pancréas** (Balthazard). — **Foie, Reins, Capsules surrénales** (Claude), 980 pages, 18 figures.

TOME IV. — **Système nerveux** (Cestan et Verger), 918 pages, 40 figures.

Prix de l'ouvrage complet en 4 volumes in-8, cartonnés. . . . 40 fr.

BÉRIEL

Chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon.

Éléments d'Anatomie pathologique

Un volume in-8 carré de 564 pages, 232 figures, cartonné . . 10 fr.

H. GUILLEMINOT

Chef des travaux pratiques de physique biologique.

Manipulations de Physique biologique

Un volume in-16 de 272 pages, 242 figures, cartonné. . . . 4 fr. 50

Georges DIEULAFOY

Professeur à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

Manuel de Pathologie interne

SEIZIÈME ÉDITION (nouveau tirage 1918).

vol. in-16, ensemble 4300 pages, avec figures en noir et en couleurs,
cartonnés à l'anglaise, tranches rouges 40 fr.

Précis de Pathologie chirurgicale =

PAR MM.

P. BÉGOUIN, H. BOURGEOIS, P. DUVAL, GOSSET, E. JEANBRAU
LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER

Professeurs aux Facultés de Paris, Bordeaux, Lyon et Montpellier.

TOME I. — Pathologie chir. générale, Tissus, Crâne et
Rachis. — 2^e édition, 1110 pages, 385 figures. En réimpression.

TOME II. — Tête, Cou, Thorax. — 2^e édition, 1068 pages.
320 figures 10 f.

TOME III. — Glandes mammaires, Abdomen, Appareil
génital de l'homme. — 2^e édit., 881 pages, 352 figures. 10 fr.

TOME IV. — Organes génito-urinaires (suite), Affections
des Membres. — 2^e édition, 1200 pages, 420 figures . . 10 fr.

Aug. BROCA

Professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Médecine Opératoire =

510 figures dans le texte 9 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION DE
PRÉCIS MÉDICAUX

(VOLUMES IN-8, CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE)

G.-H. ROGER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

Introduction à l'Etude de la Médecine

6^e édition. 1 vol. de 812 pages, cartonné toile 13 fr.

A. RICHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Docteur ès sciences.

Thérapeutique et Pharmacologie =

4^e édition. 1 vol. de 1016 pages 17 fr.

J. DARIER

Médecin de l'hôpital Broca.

Dermatologie =

2^e édition. 1 vol. de 864 pages avec 195 figures 18 fr.

M. ARTHUS

Professeur de Physiologie à l'Université de Lausanne.

Physiologie =

5^e édition. 1 vol. de 978 pages et 326 figures. 16 fr.

M. ARTHUS

Professeur de Physiologie à l'Université de Lausanne.

Chimie physiologique =

8^e édition. 1 vol. de 430 pages, 130 fig., 5 planches en couleurs 8 fr.

J. COURMONT

Professeur à la Faculté de Lyon.

AVEC LA COLLABORATION DE
C^t LESIEUR et A. ROCHAIX

Hygiène =

810 pages, 227 figures en noir et en couleurs. . . En réimpression.

Ét. MARTIN

Professeur à la Faculté de Lyon.

Déontologie = et Médecine professionnelle

Un volume de 316 pages 5 fr.

G. WEISS

Professeur à la Faculté de Paris.

Physique biologique =

4^e édition; 566 pages, 575 figures 10 fr.

L. BARD

Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève.

Examens de Laboratoire employés en Clinique

3^e édition revue. 1 vol. in-8 de 830 pages avec 162 figures . . 14 fr.

P. POIRIER

Professeur d'anatomie à la Faculté.

Amédée BAUMGARTNER

Ancien prosecteur

Dissection =

3^e édition, 360 pages, 241 figures En réimpression.

M. LETULLE

Professeur à la Faculté de Paris.

L. NATTAN-LARRIER

Ancien chef de Laboratoire à la Faculté.

Anatomie Pathologique =

TOME I. — *Histologie générale. App. circulatoire, respiratoire.*

940 pages, 248 figures originales. 16 fr.

M. LANGERON

Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

Microscopie =

2^e édition, 820 pages, 292 figures En réimpression.

V. MORAX

Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.

Ophtalmologie =

2^e édition, 768 pages, 427 figures 14 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

PRÉCIS MÉDICAUX

KIRMISSON

Professeur à la Faculté de Paris.

Chirurgie infantile =

2^e édition, 796 pages, 475 figures 12 fr.

Nouvelles éditions en préparation :

Anatomie et Dissection, tomes I et II, par ROUVIÈRE. — *Microbiologie clinique*, par F. BEZANÇON. — *Biochimie*, par E. LAMBLING. — *Médecine infantile*, par NOBÉCOURT. — *Parasitologie*, par BRUMPT. — *Médecine légale*, par LACASSAGNE et MARTIN.

PRÉCIS DE TECHNIQUE

G. ROUSSY

Professeur agrégé, Chef des Travaux
d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND

Externe des Hôpitaux de Paris,
Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie
pathologique.

Travaux pratiques d'Anatomie Pathologique

EN QUATORZE SÉANCES

— Préface du Professeur Pierre MARIE —

1 vol. in-8 de 230 pages avec 106 planches, relié 6 fr.

P RUDAUX

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie

1 vol. 3^e édit. revue, 828 pages avec 580 fig 10 fr.

J. DEJERINE

Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de Médecine

Sémiologie des Affections du Système nerveux

1 fort vol. grand in-8 de 1212 pages avec 560 figures en noir et en
couleurs et 3 planches hors texte en couleurs. Relié toile . . . 40 fr.

Relié en 2 volumes 44 fr.

La Pratique Neurologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE PIERRE MARIE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière

PAR MM.

O. CROUZON, G. DELAMARE, E. DESNOS, G. GUILLAIN, E. HUET,
LANNOIS, A. LÉRI, F. MOUTIER, PÔULARD, ROUSSY

1 vol. gr. in-8 de 1408 pages avec 302 fig. Relié toile 30 fr.

Gustave ROUSSY

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Jean LHERMITTE

Ancien chef de laboratoire à la Faculté

Les Techniques anatomo-pathologiques du Système nerveux

1 vol. petit in-8 de 272 pages avec figures, cartonné toile . . . 5 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique

Un fort vol. gr. in-8 de 1792 pages, relié. Dixième édition sous presse.

G. LYON

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

P. LOISEAU

Ancien préparateur à l'École de Pharmacie

Formulaire Thérapeutique

Onzième édition, entièrement revue et augmentée en 1919

1 volume in-18 sur papier indien très mince.

Sous presse.

M. LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur à la Faculté de Paris, Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Inspection — Palpation Percussion — Auscultation

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

1 vol. in-16 de 286 pages, 116 fig. expliquées et commentées . . 4 fr.

L'Art pratique de formuler à l'usage des Étudiants et des jeunes Praticiens

Par LEMANSKI

4^e édition, 334 pages, cartonné 5 fr.

G.-M. DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté.

G. POUCHET

Prof. de Pharmacologie à la Faculté
de Médecine.

A. SALLARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Aide-Mémoire de Thérapeutique

2^e édition. 1 vol. in-8 de 912 pages, relié toile. 18 fr.

Ch. ACHARD

Professeur à la Faculté.

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Fac. de Paris.

J. CASTAIGNE

Professeur ag. à la Faculté.

Manuel des Maladies du Tube digestif

TOME I : BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC

par G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX

1 vol. grand in-8 de 725 pages avec figures dans le texte. . 14 fr.

TOME II : INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES,
PANCRÉAS

par M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON,
L. BOIDIN et F. RATHERY

1 vol. grand in-8 de 810 pages avec 116 figures dans le texte. 14 fr.

Manuel des Maladies de la Nutrition et Intoxications

par L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, Abel GY, F. RATHERY

1 vol. grand in-8 de 1082 pages avec 118 fig. dans le texte. 20 fr.

Ouvrages du Docteur MARTINET

**Thérapeutique Usuelle des
Maladies de l'Appareil respiratoire**

1 vol. in-8 de 300 pages avec fig., broché. 3 fr. 50

Clinique et Thérapeutique circulatoire

1 vol. in-8 de 584 pages avec 222 fig. dans le texte. 12 fr.

Pressions artérielles et Viscosité sanguine

1 vol. in-8 de 273 pages avec 102 fig. en noir et en couleurs . . . 7 fr.

Les Médicaments usuels =

Cinquième édition revue. Sous presse.

Les Aliments usuels =

1 vol. in-8 de 360 pages avec fig. Deuxième édition revue. . . . 4 fr.

**Thérapeutique Usuelle des
Maladies de la Nutrition =**

1 vol. in-8 de 429 pages, en collaboration avec le Dr Legendre. . . 5 fr.

Les Régimes usuels =

1 vol. in-8 de 438 pages, en collaboration avec le Dr Legendre. . . 5 fr.

DANS LA MÊME COLLECTION :

Clinique hydrologique =

1 vol. in-8 de 646 pages. 7 fr.

Les Agents physiques usuels =

1 vol. in-8 de 650 pages avec 170 fig. et 3 planches hors texte. . . 8 fr.

Vient de paraître :

D^r Pierre RÉAL

Dentiste des Hôpitaux de Paris.

Stomatologie

du Médecin praticien

1 vol. in-8 de 290 pages avec 167 figures et 4 planches 7 fr.

D^r Alb. TERSON

Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

Ophtalmologie

du Médecin praticien

1 vol. in-8 relié de 480 pages avec 348 figures et 1 planche. 12 fr.

Pour paraître prochainement :

Guy LAROCHE

Examens de Laboratoire

du Médecin praticien

G. LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologie

du Médecin praticien

(3^e ÉDITION)

A. CHAUFFARD

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Leçons sur la Lithiase biliaire =

1 vol. in-8 de 242 pages avec 20 planches hors texte, relié toile. 9 fr.

M. LOEPER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Leçons de Pathologie digestive

1^{re} et 2^e séries épuisées.

Troisième série (1914). — 1 vol. in-8 de 324 p. avec 38 fig. . . . 6 fr.

Quatrième série (1919). — 1 vol. in-8 de 298 p. avec 34 fig. . . 10 fr.

M. BRULÉ

Recherches sur les Ictères =

1 vol. in-8 de 182 pages. 4 fr. 50

F. BEZANÇON

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

S. I. DE JONG

Ancien chef de clin. à la Faculté de Paris.

Traité de l'examen des Crachats =

1 vol. in-8 de 411 pages avec 8 planches en couleurs. 10 fr.

Antoine FLORAND Max FRANÇOIS Henri FLURIN

Les Bronchites chroniques =

1 vol. in-8 de 360 pages. 4 fr.

D^r LACAPÈRE

Le Traitement de la Syphilis

par les composés arsenicaux

1 volume in-8 de 198 pages avec figures. 4 fr. 50

A. LESAGE

Médecin des Hôpitaux de Paris.

La Méningite Tuberculeuse de l'Enfant

1 vol. in-8 de 194 pages 4 fr. 50

A. LESAGE

Médecin des hôpitaux de Paris.

Traité des Maladies du Nourrisson

1 vol. in-8 de 742 pages avec 68 figures dans le texte 10 fr.

Jules COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

Deux cents Consultations médicales Pour les Maladies des Enfants

5^e édition. 1 vol. in-16, cartonné 5 fr.

P. NOBÉCOURT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

Conférences pratiques sur l'Alimentation des Nourrissons

2^e édition. 1 vol. in-8 de 373 pages avec 33 fig. dans le texte. . . 5 fr.

Eugène TERRIEN

Ancien chef de clinique des Maladies des Enfants.

Précis d'Alimentation des Jeunes Enfants

3^e édition. 1 vol. de 402 pages avec graphiques, cartonné. . . . 4 fr.

E. FORGUE

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

E. JEANBRAU

Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Guide pratique du Médecin dans les Accidents du Travail

TROISIÈME ÉDITION, AUGMENTÉE ET MISE AU COURANT DE LA JURISPRUDENCE

Par **M. MOURRAL**

Conseiller à la Cour de Rouen.

1 vol. in-8 de 708 pages avec figures, cartonné toile. 9 fr.

L. IMBERT

Agrégé des Facultés, Professeur
à l'École de Médecine de Marseille,
Médecin expert près les Tribunaux.

C. ODDO

Professeur
à l'École de Médecine de Marseille,
Médecin expert près les Tribunaux.

P. CHAVERNAC

Médecin expert près les Tribunaux.

Guide pour l'Évaluation des Incapacités DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1 vol. in-8 de 950 pages avec 88 figures, cartonné toile . . . 12 fr.

Traité des Maladies de l'Enfance

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J. GRANCHER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

J. COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Médecin du Dispensaire pour les Enfants
de la Société Philanthropique.

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

5 forts volumes gr. in-8 avec figures dans le texte. 112 fr.

Ch. BOUCHARDProfesseur honoraire de pathologie générale
Membre de l'Académie des Sciences.**G.-H. ROGER**Professeur de pathologie expérimentale
Membre de l'Académie de Médecine.

Nouveau Traité de Pathologie générale

*Quatre volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le
texte, reliés toile.*

Volumes parus :

TOME I. — 1 vol. gr. in-8 de 909 pages, relié toile 22 fr.

COLLABORATEURS DU TOME I : Ch. ACHARD, J. BERGONIE, P.-J.
CADIOT et H. ROGER, P. COURMONT, M. DUVAL et P. MU-
LON, A. IMBERT, J.-P. LANGLOIS, P. LE GENDRE, F. LEJARS,
P. LENOIR, Th. NOGIER, H. ROGER, P. VUILLEMIN.

TOME II. — 1 vol. gr. in-8, de 1174 pages, 204 fig. Relié toile. 28 fr.

COLLABORATEURS DU TOME II : Fernand BEZANÇON, E. BODIN
Jules COURMONT, Jules GUIART, A. ROCHAIX, G.-H. ROGER,
Pierre TEISSIER

P.-J. MORATProfesseur
à l'Université de Lyon.**Maurice DOYON**Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — **Fonctions élémentaires** 15 fr.

TOME II. — **Fonctions d'innervation**, avec 263 figures . . *Epuisé.*

TOME III. — **Fonctions de nutrition**. — Circul. — Calorif. 12 fr.

TOME IV. — **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration,
excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . . . 12 fr.

Vient de paraître :

TOME V ET DERNIER. — **Fonctions de relation et de reproduction**

1 vol. gr. in-8 avec 221 figures en noir et en couleurs. . . 25 fr.

M. WEINBERG et P. SEGUIN

de l'Institut Pasteur de Paris.

La Gangrène gazeuse

Bactériologie. — Reproduction expérimentale.
Sérothérapie.

1 vol. gr. in-8 de 441 pages avec figures et 8 planches. . 20 fr.

A. PRENANT

Professeur
à la Faculté de Paris.

L. MAILLARD

Chef des trav. de Chim. biol.
à la Faculté de Paris

P. BOUIN

Professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

Traité d'Histologie

TOME I. — CYTOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE.. (Épuisé).

TOME II. — HISTOLOGIE ET ANATOMIE. 1 volume gr. in-8 de
1210 pages avec 572 fig. dont 31 en couleurs. 50 fr.

PRENANT

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

Éléments d'Embryologie de l'Homme et des Vertébrés

TOME I. — Embryogénie. 1 vol. in-8, 299 fig. et 4 planches. 16 fr.

TOME II. — Organogénie. 1 vol. in-8 de 856 pages avec 381 fig. 20 fr.

A. BESREDKA

Professeur à l'Institut Pasteur.

Anaphylaxie et Antianaphylaxie

Préface de E. ROUX, Membre de l'Institut.

1 vol. in-8 de 160 pages. 4 fr.

AXENFELD

Traité d'Ophtalmologie

Traduction française du D^r MENIER

1 vol. in-8 de 790 pages avec 12 planches en couleurs et 549 fig. 30 fr.

MAY

Chirurgien chargé des Services d'ophtalmologie des hôpitaux de New York

Manuel des Maladies de l'Œil

Traduction par P. BOUIN

Professeur à la Faculté de Nancy,

3^e édition française de 1914.

In-16, 456 pages, 365 figures et 22 planches avec 72 figures en couleurs, cartonné. 8 fr.

Th. HEIMAN

L'Oreille et ses maladies

2 vol. in-8 de 1462 pages avec 167 figures 40 fr.

Cet ouvrage se vend relié au prix de 46 fr.

Ph. BELLOCQ

Ex-Prosecteur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Étude Anatomique de l'Oreille interne osseuse

1 vol. gr. in-8 de 232 pages avec 120 fig. 12 fr.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

Louis MARTIN

Auguste PETTIT

Spirochètose ictérohémorragique

1 vol. gr. in-8 de 284 pages, 29 fig., 13 planches 15 fr.

H. VIOLLE

Le Choléra

1 vol. gr. in-8 de 618 pages, cartonné. 20 fr.

A. LAVERAN

Professeur à l'Institut Pasteur. Membre de l'Institut

Leishmanioses Kala-Azar, Bouton d'Orient Leishmaniose Américaine

1 vol. in-8 de 515 pages, 40 figures, 6 planches hors texte en noir
et en couleurs. 15 fr.

A. LAVERAN

Membre de l'Institut.

F. MESNIL

Professeur à l'Institut Pasteur.

Trypanosomes et Trypanosomiases

2^e édition, 1 vol. gr. in-8 de 1008 pages avec 198 figures 25 fr.

R. SABOURAUD

Directeur du Laboratoire Municipal à l'Hôpital Saint-Louis.

Maladies du Cuir Chevelu

TOME I. — *Maladies séborrhéiques*, 1 vol. gr. in-8 10 fr.

TOME II. — *Maladies desquamatives*, 1 vol. gr. in-8 22 fr.

TOME III. — *Maladies cryptogamiques*, 1 vol. gr. in-8 30 fr.

La Pratique Dermatologique

PUBLIÉ SOUS

la Direction de MM. Ernest BESNIER, L. BROCCO et L. JACQUET

4 volumes 155 fr. — TOME I : 36 fr. — TOME II, III, IV, chacun : 40 fr.

P. POIRIER — A. CHARPY

Traité d'Anatomie Humaine

NOUVELLE ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE PAR

A. CHARPYProfesseur d'Anatomie à la Faculté
de Médecine de Toulouse

et

A. NICOLASProfesseur d'Anatomie à la Faculté
de Médecine de Paris.

O. AMOEDO, ARGAUD, A. BRANCA, R. COLLIN, B. CUNÉO, G. DELAMARE,
Paul DELBET, DIEULAFÉ, A. DRUAULT, P. FREDET, GLANTENAY,
A. GOSSET, M. GUIBÉ, P. JACQUES, Th. JONNESCO, E. LAGUESSE,
L. MANOUVRIER, P. NOBÉCOURT, O. PASTEAU, M. PICOU, A. PRENANT
H. RIEFFEL, ROUVIÈRE, Ch. SIMON, A. SOULIÉ, B. de VRIESE,
WEBER.

TOME I. — Introduction. Notions d'embryologie. Ostéologie.
Arthrologie, 825 figures (3^e édition). 20 fr.

TOME II. — 1^{er} Fasc. : Myologie. — Embryologie. Histologie.
Peauciers et aponévroses, 351 figures (3^e édition) . . 14 fr.
2^e Fasc. : **Angéiologie** (Cœur et Artères), 248 fig. (3^e éd.). 12 fr.
3^e Fasc. : **Angéiologie** (Capillaires, Veines), (3^e éd.) (en préparation).
4^e Fasc. : **Les Lymphatiques**, 126 figures (2^e édition). . . 8 fr.

TOME III. — 1^{er} Fasc. Système nerveux (Méninges. Moelle. Encéphale), 265 figures (3^e édition) (en préparation).
2^e Fasc. : **Système nerveux** (Encéphale) (2^e édition). **Épuisé.**
3^e Fasc. : **Système nerveux** (Nerfs. Nerfs crâniens et rachidiens),
228 figures (2^e édition) 12 fr.

TOME IV. — 1^{er} Fasc. : Tube digestif, 213 figures (3^e éd.). 12 fr.
2^e Fasc. : **Appareil respiratoire**, 121 figures (2^e éd.). . . 6 fr.
3^e Fasc. : **Annexes du tube digestif. Péritoine**. 462 figures
(3^e édition). 18 fr.

TOME V. — 1^{er} Fasc. : Organes génito-urinaires, 431 figures
(2^e édition). (en préparation).
2^e Fasc. : **Organes des sens. Tégument externe et dérivés.**
Appareil de la vision. Muscles et capsule de Tenon. Sourcils, paupières, conjonctives, appareil lacrymal. Oreille externe, moyenne et interne. Embryologie du nez. Fosses nasales. Organes chromaffines. 671 figures (en réimpression).

P. POIRIER
Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Paris.

B. CUNÉO
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

A. CHARPY
Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Toulouse.

Abrégé d'Anatomie

TOME I. — *Embryologie — Ostéologie — Arthrologie — Myologie.*

TOME II. — *Cœur — Artères — Veines — Lymphatiques — Centres nerveux — Nerfs crâniens — Nerfs rachidiens.*

TOME III. — *Organes des sens — Appareils digestif, respiratoire — Capsules surrénales — Appareil urinaire — Appareil génital de l'homme, de la femme — Périnée — Mamelles — Péritoine.*

3 volumes in-8°, 1620 pages, 976 figures en noir et en couleurs, reliés toile **50 fr.**

Georges GÉRARD

Agrégé des Facultés de Médecine.
Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lille.

Manuel d'Anatomie humaine

1 vol. in-8 jésus de 1176 pages, avec 900 figures, d'après les planches d'enseignement de Farabeuf. Cartonné. **30 fr.**

J. FIOLE et J. DELMAS

Découverte des Vaisseaux profonds par des voies d'accès larges

Avec Préface de M. Pierre DUVAL

1 vol. in-8 de 128 pages et figures de M. H. Beaufour. Prix. **5 fr.**

Précis de Technique Opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par V. VEAU. 5^e *édit.*

Tête et cou, par CH. LENORMANT. 5^e *édition.*

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ. 4^e *édition.*

Abdomen, par M. GUIBÉ. 4^e *édition.*

Appareil urin. et app. génit. de l'homme, par P. DUVAL. 4^e *édit.*

Appareil génital de la femme, par R. PROUST. 4^e *édition.*

Membre inférieur, par GEORGES LABEY. 4^e *édition.*

Chaque vol. illustré de nombreuses fig., la plupart originales . . . 5 fr.

Aug. BROCA

Professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de Paris.

Chirurgie Infantile

1 vol. in-8 jésus de 1136 pages avec 1259 figures, cartonné . . . 25 fr.

Th. TUFFIER

*Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris*

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

ET

P. DESFOSSÉS

*Chirurgien de l'hôpital Britannique
de Paris.*

Petite Chirurgie pratique

CINQUIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. in-8 de 714 pages avec 419 figures 20 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

G. MARION

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
(service Civile).

M. HEITZ-BOYER

Chirurgien des hôpitaux,
Ancien chef de Clinique de l'hôpital
Necker.

Traité pratique de Cystoscopie et de Cathétérisme urétéral

2 vol. gr. in-8, formant ensemble 391 pages avec 56 planches en noir
et en couleurs et 197 figures dans le texte. 50 fr.

M. LERMOYEZ

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.
Chef du Service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine.

Notions pratiques d'Electricité

à l'usage des Médecins, avec renseignements
spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes

1 vol. gr. in-8 de 876 pages avec 426 fig., élégant cartonnage. . 20 fr.

H. GUILLEMINOT

Chef des travaux pratiques de physique biologique

Electricité Médicale

1 volume in-16 de 680 pages, 82 figures et 13 planches. . . 10 fr.

J. BROUSSES

Lauréat de l'Académie de Médecine, Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Manuel technique de Massage

Quatrième édition, revue et augmentée.

1 vol. in-16 de 455 pages avec 72 figures dans le texte, cartonné. 5 fr.

Léon BÉRARD

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Paul VIGNARD

Chirurgien de la Charité
(Lyon).

L'Appendicite

Étude clinique et critique

1 vol. gr. in-8 de 888 pages avec 158 figures dans le texte. . . 18 fr.

L. OMBRÉDANNE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.

Technique Chirurgicale Infantile

Indications opératoires, Opérations courantes

1 vol. in-8 de 342 pages avec 210 figures 7 fr.

Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac et de l'Œsophage

PAR MM.

A. MATHIEU

Médecin
de
l'Hôpital St-Antoine.

L. SENCERT

Professeur agrégé
à la
Faculté de Nancy.

Th. TUFFIER

Professeur agrégé,
Chirurgien
de l'Hôpital Beaujon

AVEC LA COLLABORATION DE :

I. CH.-ROUX

Ancien interne
des
Hôpitaux de Paris,

ROUX-BERGER

Prosecteur
à l'Amphithéâtre
des Hôpitaux.

F. MOUTIER

Ancien interne
des
Hôpitaux de Paris

1 vol. gr. in-8 de 934 pages avec 300 figures dans le texte. . . 20 fr.

A. RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur à la Faculté de Paris.

G. LEPAGE

Professeur agr. à la Faculté de Paris.

Traité d'Obstétrique

8^e édition. 1574 pages avec 587 figures. Relié toile. . . . 32 fr.

Relié en deux volumes. . . 35 fr.

COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

Chirurgie utérine obstétricale

1 vol. in-4 de 224 pages avec 44 planches hors texte, cartonné. 32 fr.

WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Éléments d'Obstétrique

3^e édition. 1 vol. in-18 de 776 pages, cartonné. 10 fr.

FARABEUF

et

VARNIER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Professeur agrégé à la Faculté.

Introduction à la Pratique des Accouchements

4^e édition. 1 vol. in-4 de 488 pages avec 375 figures 20 fr.

VARNIER

Professeur à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

La Pratique des Accouchements Obstétrique journalière

Un volume in-8 de 440 pages avec 386 figures, relié 26 fr.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

H. GUILLEMINOT

Chef des travaux pratiques de Physique biologique à la Faculté de Paris.

Les Nouveaux Horizons de la Science

TOME I. — La matière. La molécule. L'atome . . .	4 fr.
TOME II. — L'électricité. Les radiations. L'éther . . .	6 fr.
TOME III. — La matière vivante	6 fr.
TOME IV. — La vie : Ses fonctions. Ses origines. Sa fin .	10 fr.

VAN TIEGHEM et J. COSTANTIN

Membres de l'Institut.

Éléments de Botanique

5^e édition revue. 2 vol. in-18 avec figures 14 fr.

R. PERRIER

Professeur adjoint à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris.

Cours élémentaire de Zoologie

5^e édition refondue. 1 vol. in-8 de 871 pages avec 765 figures dans le texte 12 fr.

La NATURE

Revue de vulgarisation scientifique

PUBLICATION HEBDOMADAIRE

France et Colonies : Un an . . . 30 fr. — Six mois . . . 15 fr.
Étranger : Un an . . . 40 fr. — Six mois . . . 20 fr.

OUVRAGES DE
H. HARTMANN

Professeur de Clinique à la Faculté de Paris.

Gynécologie opératoire

Un volume du *Traité de Médecine opératoire
et de Thérapeutique chirurgicale.*

1 vol. gr. in-8 de 500 pages, 422 fig. dont 80 en couleurs, cart. 20 fr.

Organes génito-urinaires de l'homme

Un volume du *Traité de Médecine opératoire
et de Thérapeutique chirurgicale.*

1 volume gr. in-8 de 432 pages avec 412 figures 15 fr.

Travaux de Chirurgie anatomo-clinique

Quatre volumes grand in-8.

- 1^{re} Série : **Voies urinaires. Estomac**, avec B. Cunéo, Delaage, P. Lecène, Leroy, G. Luys, Prat, G.-H. Roger, Soupault. 15 fr.
- 2^e Série : **Voies urinaires. — Testicule**, avec la collaboration de B. Cunéo, Esmonet, Lavenant, Lebreton et P. Lecène. . 15 fr.
- 3^e Série : **Chirurgie de l'Intestin**, avec la collaboration de Lecène et J. Okinczyc 16 fr.
- 4^e Série : **Voies urinaires**, avec la collaboration de B. Cunéo, Delamare, V. Henry, Kuss, Lebreton et P. Lecène. . . . 16 fr.





24.A.421.

Chirurgie de l'appareil genital 1918

Countway Library

BEV4057



3 2044 046 061 792

24.A.421.
Chirurgie de l'appareil genital 1918
Countway Library

REV 1957



3 2044 046 061 792

